

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Cuidados de enfermería a paciente con preeclampsia severa del servicio de
Gineco Obstetricia en un hospital privado de Lima, 2021**

Trabajo académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia

Por:

Nancy Espíritu Gozar

Flor María Heredia Garay

Asesora:

Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Lima, mayo de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO ACADÉMICO

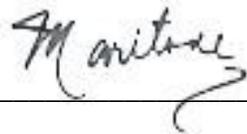
Yo, María Teresa Cabanillas Chávez, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

Declaro:

Que el presente trabajo de investigación titulado: "Cuidados de enfermería a paciente con pre eclampsia severa del servicio de Gineco Obstetricia de un hospital privado de Lima ,2021" constituye la memoria que presentan las licenciadas Nancy Espíritu Gozar y Flor María Heredia Garay, para aspirar al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia, ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de esta de investigación son de entera responsabilidad de las autoras, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 31 días del mes de enero del 2022.

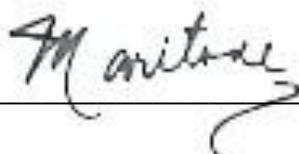


Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

**Cuidados de enfermería a paciente con pre eclampsia severa del
servicio de Gineco Obstetricia en un hospital privado de Lima, 2021**

Trabajo académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional
de Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Lima 16 de febrero de 2022

Cuidados de enfermería a paciente con pre eclampsia severa del servicio de Gineco Obstetricia en un hospital privado de Lima, 2021

Lic. Espiritu Gozar, Nancy^a Lic. Heredia Garay, Flor Maria^b, Dra. Cabanillas Chávez María Teresa^c

^{a,b}*Autores del trabajo académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.*

^c*Asesora del trabajo académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú.*

Resumen

La preeclampsia es una complicación del embarazo y del post parto, caracterizada por la presión arterial elevada, siendo uno de los principales problemas para la salud pública; presenta una patología multisistémica de gran severidad variable, que posiblemente no presenten síntomas al inicio; sin embargo, puede ocasionar complicaciones serias incluso mortal para la madre y el feto. El objetivo, de la investigación, era conocer los cuidados de enfermería en paciente con preeclampsia severa. El estudio fue de enfoque cualitativo con diseño de caso único que se basa en el método del proceso de atención de enfermería, aplicado con la guía de valoración por patrones funcionales según Marjorie Gordon a gestante primigesta de 34 años con datos de la historia clínica, la entrevista, examen físico y las taxonomías (NANDA, NOC, NIC) que sirvieron para formular planes de atención. En sus resultados, se encontraron 9 diagnósticos de enfermería con patrones alterados, solo se priorizó un diagnóstico principal: perfusión tisular periférica ineficaz r/c, conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problemas asociados a hipertensión evidenciada por edema; cabe resaltar que, fueron las intervenciones realizadas satisfactorias en la gestante, ante el PC hipertensión gestacional y el RC hipertensión maligna, siendo los resultados definidos por el tiempo de intervención y evaluación. Concluyendo que el cuidado de enfermera en la práctica clínica es muy importancia al aplicar el proceso enfermero que fortalece la autonomía de la enfermería en la paciente con preeclampsia severa; ya que el profesional especialista de ginecoobstetricia brinda los estándares de calidad.

Palabras claves: cuidados de enfermería, paciente, preeclampsia severa.

Abstract

Preeclampsia is a complication of pregnancy and postpartum characterized by high blood pressure, being one of the main problems for public health; multisystem pathology of great variable severity, which may not present symptoms at the beginning; however, it can cause serious and even fatal complications for the mother and fetus. The objective was to know the nursing care in patients with severe preeclampsia. It was a qualitative study, with a single case design based on the nursing care process method, applied with the functional pattern assessment guide according to Marjorie Gordon to a 34-year-old primiparous pregnant woman with data from the clinical history, the interview, physical examination and the taxonomies (NANDA, NOC, NIC) that were used to formulate care plans. In its results, 9 nursing diagnoses with altered patterns were found, only one main diagnosis was prioritized: ineffective peripheral tissue perfusion r/c insufficient knowledge of the disease process with a problem associated with hypertension evidenced by edema, were the interventions carried out satisfactory in the pregnant, before the CP gestational hypertension and the RC malignant hypertension, the results being defined by the time of intervention and evaluation. Concluding that nursing care in clinical practice is very important when applying the nursing process that strengthens the autonomy of nursing in the patient with severe preeclampsia since the gynecological specialist professional provides quality standards.

Keywords: Nursing care, patient, severe preeclampsia.

Introducción

La preeclampsia es una complicación del embarazo y del post parto caracterizada por la presión arterial elevada, siendo uno de los principales problemas en salud pública de mayor importancia; de patología multisistémica y gran severidad variable, que posiblemente no presenten síntomas al inicio; sin embargo, puede ocasionar complicaciones serias incluso mortal para la madre y el feto (Anderson & Schemella, 2017).

Según (OMS) en los últimos 20 años la tasa de mortalidad materna ha disminuido a nivel mundial; se redujo a un 38%, gracias a la ejecución de los objetivos del desarrollo del milenio (Bermejo, 2017). En el año 2014 se reportó que 800 mujeres murieron por día a nivel mundial (Macas Chunchu, 2017). Entre los años 2000 al 2017 en Bolivia, se redujo la tasa de mortalidad a un 46%; y 42% en Venezuela, estos dos últimos, fueron países con las tasas más alta de mortalidad materna (Bermejo, 2017).

Según el boletín epidemiológico (2020) en el Perú, la segunda causa de mortalidad materna directa son los trastornos hipertensivos del embarazo, en los últimos tres años, el departamento de Piura ha presentado la tasa más alta (Guevara,2020). En Lima, el Ministerio de Salud ha reportado un descenso en las defunciones maternas a 60.7% hasta el año 2021 y en Essalud se incrementó un 15.8% de muertes maternas (Cipirán, 2021). Según, Flores (2017), el factor predisponente de la preeclampsia es la edad materna de 35 años a más de 40 años con un riesgo relativo de 1.7%, representando un claro incremento y el 1.2% en gestantes menores de 18 años, considerando las primíparas y multíparas que desencadenan dicha patología.

También, resalta Pereira, et al (2020) que el sobrepeso y la obesidad, antes del embarazo, son factores de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia por medio de una alteración metabólica y disfunción vascular en la unidad útero placentaria.

Mendoza (2019), determina el inicio de esta enfermedad en dos eventos; el primero involucra la defectuosa invasión placentaria en el miometrio uterino, como en la vasculatura de la misma que generalmente es asintomática; el segundo evento, es debido al defecto en la remodelación de las arterias

uterinas que se caracteriza por tener menor calibre y mayor resistencia vascular provocando aumento de la presión arterial sistémica materna, afectando los lechos vasculares renal, cerebral, pulmonar y hepático; así como también la alteración del crecimiento fetal por insuficiencia útero placentaria.

Es oportuno mencionar que Encalada (2021) refiere que los cambios fisiológicos del embarazo en el sistema cardiovascular, renal de la madre, y el sistema de circulación placentaria son estructurales, hemodinámicos para lograr cumplir con las demandas metabólicas, asegurando una óptima circulación placentaria y crecimiento fetal.

De acuerdo con este proceso fisiopatológico, es necesario priorizar la perfusión tisular periférica ineficaz, como diagnóstico principal en la paciente en estudio, haciendo uso a la vez de protocolos, fármacos según el nivel de severidad para el cuidado oportuno y evitar complicaciones que degeneren en la aparición de la hipertensión maligna en la diada madre y feto (Bejarano y Alarcón 2018).

Teniendo en cuenta, a Encalada (2021), para el tratamiento de la preeclampsia severa se recomienda culminar con el embarazo, tomando énfasis el manejo farmacológico con sulfato de magnesio y otros antihipertensivos para mejorar el bienestar materno y mantener al feto en las mejores condiciones.

Desde un punto de vista, el cuidado del profesional especialista en Ginecoobstetricia es de carácter único de enfermería en la gestante, como la identificación de los factores de riesgo, la magnitud de criterio de severidad de la preeclampsia y el tratamiento oportuno en el entorno sanitario, destacando así la valoración física, control de síntomas, administración de tratamientos, orientación a los familiares, cuidados relacionados con la higiene, alimentación, preparación de la gestante para las intervenciones a seguir, actualizar la historia clínica, todas estas actividades requieren de conocimientos científicos y de habilidad práctica para garantizar un buen procedimiento según los protocolos institucionales para lograr un buen desarrollo.

Este trabajo es un estudio cualitativo, con el caso único basado en el método del proceso de atención de enfermería, aplicado con la guía de valoración por patrones funcionales según Marjorie Gordon a una gestante primigesta de 34 años con datos de su historia clínica, entrevista, examen físico y

el uso de las taxonomías NANDA, NOC, NIC que sirvieron para formular el plan de cuidados de enfermería.

Objetivos

Objetivo general

Conocer los cuidados de enfermería en paciente con preeclampsia severa.

Objetivos específicos

Estudiar la preeclampsia severa, sus factores de riesgo, tratamiento y complicaciones.

Redactar el cuidado de enfermería en la atención de la perfusión tisular periférica ineficaz en paciente con preeclampsia severa.

Describir la importancia de los cuidados de enfermería en la prevención de la hipertensión maligna, tras el diagnóstico de preeclampsia severa.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería, basado en una paciente con preeclampsia severa, utilizando la taxonomía NANDA, NOC NIC y el manual de problemas de colaboración de Lynda Juall Carpenito.

Marco Teórico

Preeclampsia severa

Es considerada un trastorno específico del embarazo que generalmente debuta a las 20 o más semanas de gestación y dentro de las 12 semanas del puerperio; manifestado por hipertensión $>140/90$ mm Hg, en dos tomas diferentes con un intervalo de 4 horas y no es necesario presentar una proteinuria patológica de >0.3 g / 24 h en orina, puede estar acompañado por otros síntomas premonitorios cefalea, edema, escotomas o alteración hepática. (Franco, 2019)

Actualmente, el Colegio Americano de Gineco Obstetras define la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con afectación multisistémica, que puede

presentarse con o sin proteinuria demostrada en su primer momento. (*American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins, 2019*).

También la preeclampsia puede ser de gran severidad; la diferencia se determina con los signos y síntomas de alarma y marcadores de laboratorio que determinan la severidad. Por ello, la cefalea persistente de alta intensidad, oliguria, presión arterial mayor o igual a 160/100 mm Hg, dolor abdominal en epigastrio o hipocondrio derecho, edema pulmonar, alteraciones visuales y trastorno del sensorio; todos ellos son signos y síntomas de fatal severidad e incrementa la morbimortalidad materna y perinatal; lo que amerita buscar atención oportuna en la gestante (Pereira et al, 2020).

Signos y síntomas.

Se considera la sintomatología gradual, pero también pueden ser de presentación súbita con resultados negativos para la madre y el feto, las manifestaciones más frecuentes muestran:

Cefalea: se puede originar en la zona temporal, frontal, occipital o ser difusa, de tipo punzante, este mecanismo se asocia con edema cerebral e isquemia. (Encalada Rodriguez, 2021).

Alteraciones visuales: se debe a una lesión arteriola de la retina, que incluye visión borrosa, escotomas o sensibilidad a la luz (Bravo Astudillo & Diaz Castillo, 2020).

Accidente cerebrovascular: se manifiestan síntomas premonitorios como cefalea intensa y valores de presión arterial alta (Herrera Sánchez, 2018).

Hiperreflexia: es una reacción anormal del sistema nervioso autónomo, resultado de hiperexcitación (Encalada Rodriguez, 2021).

Convulsiones: aparición de convulsión tónico-clónica relacionado con afección cerebral, evidenciado hemorragia cerebral, petequia, edema. (Sánchez, 2018).

Hipertensión: este es un signo clínico con cifras tensionales $\geq 140/90$ mm Hg, antes de llegar a esos valores suele marcar 135/85 mm Hg una o dos semanas previas. (Encalada Rodriguez 2021).

Epigastralgia: es un signo cardinal, suele acompañarse de náuseas y vómito, hay un dolor súbito en el hipocondrio derecho o epigastrio, con una distensión capsular, una hemorragia hepática o inflamación, esto se relaciona con el síndrome de HELLP o hematoma subescapular hepático. (Aldo & Meraz Muñoz, 2020).

Edema pulmonar: se presenta con disnea, dolor torácico, disminución de oxígeno $\leq 93\%$, la causa es asociado al aumento de la presión oncótica plasmática, fuga capilar, insuficiencia ventricular izquierda y la hipertensión grave (Phipps et al., 2020).

Edema periférico: el edema facial es un indicador de la enfermedad debido al aumento de la retención de sodio o extravasación capilar, también es asociado al incremento de peso 2,3 Kg por semana (Phipps et al., 2020).

Oliguria: se debe a la contracción del espacio intravascular por un vasoespasmo por la retención renal del sodio y agua, es transitoria con $<$ de 500cc en 24 horas (Sebastian et al., 2018).

Proteinuria: es $\geq 0,3$ g de proteína en una muestra de orina de 24 horas o proteína $\geq 2+$ de 30 mg / dl en una tira reactiva de prueba de orina, lo que indica alteración en la filtración glomerular. (Encalada Rodriguez , 2021).

Creatinina elevada: es un indicador de severidad de la enfermedad, lo que produce una disminución de la tasa del filtrado glomerular y el flujo plasmático renal en menor medida y es el nivel $> 1,1$ mg/dl (Aldo & Meraz Muñoz, 2020).

Trombocitopenia: es el resultado de la lesión endotelial microangiopática, formación de trombos plaquetarios y de fibrina, el recuento menor a 150.000/mm³ de plaquetas y en los casos más severos < a 100.000/ mm³ (Phipps et al., 2020).

Hemólisis: se manifiesta por esquistocitos por microangiopatía.

Hemoconcentración: produce un vasoespasmo y fuga capilar.

Química hepática: es por el aumento de transaminasas, también hay reducción del flujo hepático por ende una posible isquemia y hemorragia peri-portal (Encalada Rodriguez-2021).

Factores de riesgo y causas de la preeclampsia.

Contribuyen al desarrollo de los trastornos hipertensivos del embarazo, siendo los antecedentes de preeclampsia en embarazo previo, así como la edad materna mayor de 35 años o menor de 18 años, primigesta, controles prenatales incompletos, hipertensión arterial crónica, nefropatía, diabetes mellitus, embarazo múltiple, raza negra, malnutrición, antecedente familiar de preeclampsia, ganancia de peso inadecuada durante el embarazo, sobrepeso y Obesidad (Pereira et al., 2020).

Los hijos de las gestantes que han sufrido algún tipo de trastorno hipertensivo tienen un riesgo de sufrir en el futuro alguna enfermedad cardiovascular durante la infancia y adolescencia (Macas Chunchu, 2017).

Etiología.

Se han descrito muchos mecanismos patológicos en el inicio de la preeclampsia, pero aun la etiología no está totalmente clara. El principal mecanismo hasta el momento es la invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos, asimismo, se ha enunciado que la intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y feto-placentarios, mala adaptación de la madre a cambios

inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas que puede conllevar. (Herrera Sánchez, 2018).

Fisiopatología.

En el embarazo normal, las arterias espirales uterinas maternas son invadidas por el sincitiotrofoblasto, reemplazando su endotelio vascular. Entonces el endotelio vascular tiene propiedades importantes como la liberación de sustancias vasoconstrictoras y vasodilatadoras, con la regulación de las funciones de anticoagulación, antiplaquetaria y fibrinólisis. Por ello, este proceso de invasión del tejido placentario produce una remodelación de las arterias espirales para mantener un flujo uteroplacentario adecuado, entonces en la preeclampsia la remodelación de las arterias espirales es inadecuada e incompleta; por lo tanto, este flujo es comprometido a la disfunción endotelial sistémica que produce una falla hepática o falla renal. (Rodríguez Benitez, 2020).

Además, Encalada (2021), señala que la fisiopatología de la preeclampsia se ha estructurado en dos etapas. La primera etapa, ocurre durante las primeras 20 semanas de gestación que se producen defectos en la invasión de los trofoblastos en las arterias espirales, provocando que no se reemplacen las capas endoteliales y su pérdida de elasticidad de la pared y del control vasomotor, esto finalmente conlleva a una disminución de la perfusión placentaria produciendo hipoxia.

A continuación, la segunda etapa sucede a partir de la semana 20 de gestación, debido a la hipoxia y al estrés oxidativo se produce la liberación de factores anti angiogénicos que causan alteración de la función endotelial uteroplacentaria, lo que provoca la activación de la cascada de coagulación, como el incremento de agentes vasopresores, disminución de las sustancias vasodilatadoras y antiagregantes plaquetarios. Este desbalance produce un estado de

vasoconstricción con incremento de la resistencia vascular periférica, que conlleva a un aumento de la presión arterial sistémica materna. (Mendoza Majuan , 2019).

Clasificación de los trastornos hipertensivos.

En el periodo del embarazo se presentan:

Hipertensión gestacional.

Es la presencia de P/A \geq de 140/90mmhg en 2 tomas con un intervalo de 6 horas en la última etapa del embarazo, en el trabajo de parto o en las 24 horas post parto, con ausencia de proteinuria y desaparece antes del décimo día del puerperio. (Bravo Astudillo & Diaz Castillo, 2020).

Preeclampsia.

Se manifiesta con presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg, acompañada de proteinuria o no puede presentarse, y es diagnosticada después de las 20 semanas de embarazo. (Macas Chuncho, 2017).

Preeclampsia leve.

Presenta \geq 140/90mmHg, en dos tomas con un intervalo de cuatro horas, acompañada de proteinuria \geq a 300mg en 24 horas o no; sin alteración de signos y síntomas de alarma como exámenes de laboratorio que indiquen severidad del diagnóstico de preeclampsia severa. (Bravo Astudillo & Diaz Castillo, 2020).

Preeclampsia severa.

Es la presión arterial \geq 160/110 mm Hg, con presencia de proteinuria o no y se asocia a distintas alteraciones en órganos diana, hepáticas, hematológicas, renales y con manifestaciones clínicas de origen neurológicas, visuales y edema. (Macas Chuncho, 2017).

Hipertensión crónica.

Presencia de hipertensión arterial \geq de 140/90mmHg antes de las 20 semanas de gestación y que persistes hasta doce semanas posteriores al parto. (Bravo Astudillo & Diaz Castillo, 2020).

Hipertensión crónica más preeclampsia agregada.

Ocurre en pacientes con hipertensión conocida antes de la gestación, se agregan datos del síndrome de preeclampsia con proteinuria \geq a 300mg en 24 horas, después de las 20 semanas de embarazo (Macas Chuncho, 2017).

Eclampsia.

Se caracteriza por la presencia de crisis convulsivas, tipo tónico clónicas (Macas Chuncho, 2017).

Síndrome de HELLP.

Es una variante donde se evidencia la elevación de las enzimas hepáticas, hemólisis y disminución del recuento de plaquetas, incluso puede ser diagnosticada en pacientes con hipertensión gestacional. (M. Arigita Lastra & Martinez Fernandez, 2020).

Como conclusión, anteriormente, se clasificaba como preeclampsia leve, moderada y severa, pero dentro de la nueva clasificación se determina la preeclampsia con criterios de severidad grave o sin criterios de severidad; esta patología en la mayoría de los casos puede ser asintomática y cuando presenta síntomas por lo general los criterios de severidad son muy importantes, tomar énfasis el control de la presión arterial dentro de los controles prenatales y alteración de un órgano diana (Herrera Sanchez, 2018).

Tratamiento.

Se iniciará tratamiento cuando la presión arterial sea superior a 150/100 mm Hg con un objetivo de tensión arterial igual o inferior a 135/85 mm Hg. La medicación antihipertensiva que debe emplearse es la misma de la hipertensión arterial crónica: con labetalol, nifedipina y alfametildopa, si no se controla con estos fármacos, se usa la hidralazina. En casos de hipertensión arterial grave se valora el tratamiento antihipertensivo intravenoso e iniciar neuro protección materna con sulfato de magnesio a un régimen de dosis de 6gr/20 minutos y 2gr/hora como dosis de mantenimiento, en relación con el feto con la maduración pulmonar con esteroides betametasona 12mg c/24 hora, si la edad gestacional es inferior a 34 semanas. Si no se consigue un control adecuado de la presión arterial se procede a la inducción del parto o el tratamiento definitivo, independientemente de la edad gestacional de la paciente. (Rodriguez Benitez, 2020).

Dentro del tratamiento farmacológico, se utilizan, hidralazina con bolo inicial de 5 a 10mg IV cada 20 minutos con una dosis máxima de 30mg, labetalol 20mg IV; seguido de 40 a 80mg cada 10 minutos hasta una dosis máxima de 220mg, el nifedipino 10mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50mg. (Herrera, 2018).

Medidas preventivas de la preeclampsia severa.

Depende de la severidad de la enfermedad para evitar que la paciente llegue a la eclampsia, se administra sulfato de magnesio 4 gr diluido en 250cc de solución salina, esperando 20 minutos y como dosis de mantenimiento 1gr con solución salina al 0.9% por hora (Chapell et al., 2021).

Para la eclampsia se debe emplear diazepam o fenitoína, así como también sulfato de magnesio a un régimen de dosis de 6gr/20 minutos y 2gr/hora como dosis de mantenimiento, el

cual debido a que no es un medicamento antihipertensivo, según protocolo, se puede administrar simultáneamente nifedipino, hidralazina y labetalol (Lacunza y Santis, 2017).

En caso se determine intoxicación por sulfato de magnesio, manifestada en la paciente por hiperreflexia, se administra 1gr de gluconato de calcio en 100cc de solución fisiológica a pasar en 15 minutos (Herrera Sanchez, 2018).

La asociación del Colegio Americano de Gineco Obstetricia en el año 2021 mencionan que el ácido acetilsalicílico en dosis baja < 100mg/, día después de las 12 semanas, reduce el 10% de la preeclampsia y el parto prematuro (Alison et al., 2021).

Complicaciones de la preeclampsia severa.

Se presenta en forma brusca y aguda poniendo en riesgo la vida materno fetal, dependiendo de la circulación materna microvascular comprometida, las complicaciones son las siguientes: hipertensión maligna con ruptura hepática, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, eclampsia y síndrome de HELLP como es la hemolisis; elevación de enzimas hepáticas, plaquetas bajas (Bejarano Saraguro & Alarcon Villamar , 2018).

La complicación puede conllevar a la restricción del crecimiento y sufrimiento fetal, desprendimiento prematuro de la placenta, óbito fetal, recién nacido prematuro, síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, enterocolitis necrotizante, aumentando la necesidad de ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales, retraso en el desarrollo neurológico y muerte fetal (Gaona Castillo, 2021).

De esta manera se observa que ambas complicaciones aumentan la mortalidad de la madre y el feto, no solo durante el embarazo porque también estos eventos pueden desarrollarse durante el parto y en el puerperio.

Cuidados de enfermería con preeclampsia severa.

Considera que los cuidados deben ser llevadas a cabo con un fundamento científico, razonamiento crítico, la enfermera es indudablemente quien se organiza y analiza en las actividades de forma prioritaria durante la hospitalización: control de signos vitales, monitoreo de la hipertensión arterial, administración de sulfato de magnesio para evitar la convulsión, colocación de sonda Foley para el control estricto de la diuresis tomando énfasis en sus características, efectiviza los exámenes de laboratorio, control de peso, balance hídrico, contracciones uterinas, monitoreo del latido cardiaco fetal, realizar la ecografía Doppler, vigilar los signos de alarma premonitorios de la preeclampsia: cefalea, escotoma, tinnitus, dolor abdominal en el epigastrio, probabilidad de un cuadro del síndrome de HELLP, se valora el afrontamiento de la ansiedad (Bejarano Saraguro & Alarcón Villamar, 2018).

En la preeclampsia severa es muy importante la posición de decúbito lateral izquierdo porque disminuye la presión sobre la vena cava, aumentando el retorno venoso y el volumen circulatorio, esto mejora la perfusión placentaria y renal; reduce la actividad suprarrenal y puede disminuir la presión arterial.

Es importante que el profesional de enfermería utilice la taxonomía NANDA, NOC y NIC, como la revisión bibliográfica, siendo importante la aplicación del proceso de atención de enfermería con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado oportuno referente a la patología para reducir el riesgo potencial de complicación y disminuir la tasa de mortalidad materna-neonatal. (Gaona Castillo, 2021)

Perfusión tisular periférica ineficaz

Según NANDA la define como la “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que compromete la salud” (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 254).

La Perfusión tisular es el flujo sanguíneo que llega a un órgano por unidad de tiempo, mediante un proceso fisiológico, regulado, continuo para garantizar el requerimiento energético y la eliminación de producto del desecho (Correa Martelo, 2017).

Neri (2016) considera que la disminución del flujo uteroplacentario puede producir alteración de la función renal al nivel del sistema renina-angiotensina, lo que produce un vasoespasmo en el riñón, cerebro, hígado, corazón; así como la disminución de la circulación uteroplacentaria del espacio inter vellosa, también produce isquemia e hipoxia tisular generalizada con manifestaciones principalmente en órganos de mayor gasto.

Según NANDA las características definitorias son las siguientes: “alteración función motora, alteración de las características de la piel, ausencia de pulsos periféricos, claudicación intermitente, disminución de la presión sanguínea en las extremidades, disminución de los pulsos periférica, dolor en las extremidades, edema; el color no retorna a los miembros inferiores después de un minuto de elevación de las piernas, índice tobillo – brazo < 0.90 , distancia en la prueba de caminar durante 6 minutos es inferior a la media (400-700m en adultos), soplo femoral, palidez de la piel a la elevación, tiempo de relleno capilar > 3 segundos” (Herdman & Kamitsuru, 2020).

La sintomatología evidenciada de la perfusión tisular periférica ineficaz de la paciente en estudio fue de la siguiente manera: signo del edema en los miembros inferiores que se caracteriza por el aumento del líquido en los tejidos, consecuencia de la retención de sodio y agua, pérdida del líquido en el lecho capilar por insuficiencia venosa y disminución de la presión oncótica.

Así mismo, NANDA menciona que los factores relacionados de la perfusión tisular periférica son los siguiente: “Conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad,

conocimiento insuficiente de los factores modificables, estilo de vida sedentario, ingesta excesiva de sodio y el tabaquismo” (Herdman & Kamitsuru, 2020).

Sin embargo, la gestante primigesta en estudio no obtuvo suficiente conocimiento con respecto a su continuidad de los controles prenatales por motivo del aislamiento de la pandemia COVID 19, teniendo un desorden alimenticio, controles de psicoprofilaxis ausentes; desarrolló así la perfusión tisular ineficaz a consecuencia de la presión arterial sistémica y aumento de la resistencia vascular sistémica en varios lechos capilares (renal, hepático, etc.).

Rol de enfermería en la perfusión tisular periférica ineficaz.

El rol de enfermería en la paciente, con perfusión tisular periférica ineficaz, tiene la finalidad de proteger la diada madre feto para asegurar la oxigenación en ambos y evitar complicaciones irreversibles en el feto; en este sentido, se debe valorar los signos vitales enfocándose en la presión arterial, ya que puede oscilar con frecuencia debido a los efectos del tratamiento y cambiar de vasoconstricción a vasodilatación (Haro Hernández, 2017).

A la vez, es importante tener en cuenta durante los controles a lo largo de la gestación la educación a la paciente sobre el cuidado de su salud y estilo de vida adecuado que ella debe llevar para evitar patología como los problemas hipertensivos que presenta actualmente. Si se logra un control adecuado de la hipertensión durante el embarazo se lograría prevenir complicaciones tales como eclampsia, accidentes cerebro vasculares en la madre y en el feto. Es importante realizar los exámenes de laboratorio a la gestante periódicamente, el monitoreo materno fetal mediante la ecografía Doppler para determinar la velocidad del flujo sanguíneo en las arterias uterinas (Macas Chuncho, 2017).

Riesgo de complicación de hipertensión maligna.

El riesgo de la presión arterial elevada aparece súbitamente, con evolución tórpida, afectando sistemáticamente los lechos vasculares de los órganos diana renal, hepático, ocular y cerebral (Naranjo & Manju, 2020). Esta presión arterial elevada debe ser manejada en minutos - horas con estabilización hemodinámica de la gestante para prevenir complicaciones maternas, fetales y disfunciones multiorgánicas (Tango, 2019).

Existen múltiples causas de hipertensión maligna en la gestante que incluyen como el incumplimiento de medicación, enfermedades renovasculares, enfermedad renal, lupus, disfunción endocrina, retiro de medicación antihipertensiva (Naranjo & Manju, 2020).

El riesgo de desarrollo de la hipertensión arterial aumenta por el consumo excesivo de sodio, poca actividad física, obesidad y el estrés psicológico que condiciona un aumento de la tensión del sistema nervioso simpático, datos que son similares a la paciente ha presentado en su periodo de embarazo.

Fisiopatología de la hipertensión maligna.

Se determina por una elevación rápida y severa de la presión arterial que produce dos eventos el primero es la disfunción endotelial sistémica que provoca disminución de síntesis de agentes vasodilatadores (óxido nítrico y prostaciclina) y el aumento de síntesis en citoquinas y moléculas de adhesión celular. Esto, en la microcirculación, aumenta más la presión sanguínea y daña el endotelio vascular provocando necrosis fibrinoide y proliferación de la íntima muscular; también provoca isquemia de los tejidos periféricos en los órganos diana. En el segundo afecta el sistema renina angiotensina aldosterona por la concentración de sal y la osmolaridad plasmática, lo cual aumenta la excreción de sodio por el riñón, ocasionando déficit de volumen intravascular

(hipovolemia) que afecta el flujo sanguíneo y como resultado disfunción orgánica terminal.

(Pérez et al., 2019).

Además, la destrucción de los eritrocitos es común a medida que atraviesan estos vasos obstruidos, lo que produce anemia hemolítica, una emergencia hipertensiva por la pérdida de la autorregulación en el cerebro, que puede presentarse como encefalopatía hipertensiva. (Naranjo & Manju, 2020).

Sintomatología.

Los síntomas más frecuentes reportados son dolor de pecho, alteraciones de la visión, disnea y dolor de cabeza; por ello, se debe evaluar los signos y síntomas de los órganos blancos afectados por la elevación severa de la presión arterial, como también los síntomas con menos prevalencia son el mareo, hemorragia conjuntival, tinnitus y epistaxis. (Naranjo & Manju, 2020)

Medidas preventivas.

Establecer un estilo de vida saludable, control de peso corporal y evaluación nutricional según IMC; igualmente, fomentar la actividad física, combinar una dieta baja en sal, consumir frutas, vegetales, legumbres y productos con bajo contenido en grasa y azúcar, evitar el consumo de bebidas alcohólicas y eliminar el hábito de fumar. También se debe considerar las consejerías educativas, orientar sobre los signos y síntomas de alarma en una gestante (Cortés Fernández, 2020).

Complicaciones.

Siempre valorar los factores de riesgo en las gestantes para evitar daño cerebral, daño renal, daño pulmonar, daño cardíaco, angina como el dolor torácico debido al estrechamiento de los vasos sanguíneos y ceguera permanente y a la vez el feto presenta disminución del crecimiento intrauterino (Sanchez Torrejon, 2016).

Tratamiento.

El objetivo es reducir la presión sanguínea con un perfil de seguridad sin comprometer la perfusión de los órganos diana, monitoreo hemodinámico de la gestante y rápido acceso venoso para la administración de medicamentos antihipertensivo (alfametildopa, hidralazina y labetalol); considerando una presión arterial sistólica 160 y una presión arterial diastólica ≥ 110 mm Hg con el objetivo de estabilizar la salud materno-fetal (Macas Chuncho, 2017).

Teorías de enfermería

El estudio se ve sustentado en las teorías de la adopción maternal de Ramona Mercer y la teoría del autocuidado de Dorotea Orem. Se dedicó al estudio de investigación sobre la salud materno infantil y la familia que establece la adopción del rol maternal que propone la necesidad del entorno familiar; pionera en desarrollar y compartir estrategias de valoración el cuidado durante la gestación, parto y post parto. Asimismo, Mercer plantea la necesidad del profesional especialista en ginecoobstetricia como guía para lograr la disminución de la mortalidad materna y perinatal, identificando e interviniendo oportunamente los riesgos relacionados con el embarazo, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo (Moreno Mojica, 2015).

Así como en la teoría del autocuidado, de Dorotea Orem, está dirigida al abordaje del desarrollo en el período del embarazo y el climaterio para contribuir a la promoción de la salud, y prevención de las complicaciones e identificando su autocuidado en la etapa del embarazo fisiológico, desarrollando un plan de cuidados de enfermería en la satisfacción integral materno perinatal (Morales Jimena & Sigcho Silvia 2020).

Metodología

Diseño del estudio

El enfoque metodológico es de un análisis cualitativo, el tipo de estudio es un caso clínico único para dar respuesta a los objetivos marcados en la investigación acerca del riesgo de la perfusión tisular ineficaz y la hipertensión maligna en la gestante con preeclampsia severa.

Sujeto del estudio

Mujer de 34 años seleccionada a conveniencia de las investigadoras, con diagnóstico médico gestante, con preeclampsia severa que presenta hipertensión, cefalea, tinnitus y está vulnerable a presentar complicaciones materno – fetal.

Ámbito y periodo del estudio

El periodo de estudio se realizó en el servicio Emergencia de Gineco Obstetricia del Hospital Rebagliati Martins, a horas 22:00 del día 27/02/21.

Procedimiento de recojo de información

Fuente de información

El instrumento de recolección de datos, se estableció el marco de valoración de los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon en la paciente de iniciales CH.G.H. de 34 años; validado por profesionales expertos del área, dicho procedimiento se ha desarrollado a través fuentes: historia clínica, información verbal, observación directa y examen físico,

Procedimiento de información

Para proceder a la recolección de datos, se solicitó la autorización previa de la paciente y del personal responsable de emergencia del hospital, garantizado el proceso de protección y confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio.

Recolección de información

Se realizó en 4 fases:

La primera accediendo a una revisión de la historia clínica de la paciente, para extraer datos clínicos como: antecedentes personales, motivo de la emergencia, resultados de los exámenes auxiliares, diagnóstico principal, evolución médica y la evolución de los cuidados de enfermería.

La segunda fase, se realiza una valoración de enfermería a través de una entrevista personal, siguiendo los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizándose la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico.

En la tercera fase, encontramos los tres seguimientos realizados para ver la evolución de la gestante.

En la última fase, se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, fijándose límites según criterios de fecha, limitándose la búsqueda de información del 27 de febrero hasta la actualidad. Se usaron base de datos: *Science*, *Direct*, *Scielo*, *Elsevier*, Google académico, videos y palabras claves como: cuidados de enfermería, paciente, preeclampsia severa.

Procesamiento de los datos

El análisis y procesamiento de los datos se ha llevado a cabo en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se procedió a la realización de una red de razonamiento basada en el “Modelo área” gestado por Pesut y Herdman, para la selección del diagnóstico principal según la taxonomía NANDA-I. Seguidamente, tras la elección del DX. E se procedió al establecimiento de los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y las actividades respectivas. Tras la ejecución de las actividades de enfermería programadas, se procedió a una

evaluación con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas en el plan de cuidados de enfermería de la gestante.

Resultados

Descripción del caso

Gestante primigesta de 34 años con 37 semanas de embarazo, referida del hospital de Chincha, ingresa al servicio de Emergencia Ginecológica del hospital Edgardo Rebagliati a horas 22:00 del día 27/02/21 en camilla de posición decúbito lateral izquierdo acompañado por personal de salud y esposo, portando una vía periférica permeable pasando Cl Na 0.9% más sulfato de magnesio a 33 gotas por minuto, en buen estado de higiene, en LOTEPE, AREG, ventilando espontáneamente al FIO2 21%, afebril. La gestante refiere estar preocupada por presentar dolor de cabeza intenso hace 10 días, zumbido de oído, visión borrosa, solo duerme cuatro horas porque percibe mucho calor, no presenta contracciones uterinas; en el carnet de control prenatal se evidencia ausencia de controles y psicoprofilaxis con FPP 18 -03-2021; no obtuvo suficiente apoyo social por la pandemia COVID 19.

Valoración del caso

A continuación, se realiza la valoración de la paciente en base a los patrones alterados funcionales de Marjory Gordon.

Patrón 1. Percepción-manejo de la salud

Patrón alterado. Gestante primigesta con 37 semanas por ecografía con diagnóstico médico preeclampsia severa, referida de hospital de Chincha presenta controles prenatales incompletos, sin psicoprofilaxis por la pandemia COVID 19, no tiene información suficiente acerca de su embarazo.

Se efectiviza la toma de la muestra en Emergencia con el siguiente resultado:

Patrón 2. Nutricional-metabólico

Patrón alterado. Gestante con peso 79kg, talla: 1.58 con un IMC 31.7 en sobrepeso, palidez facial, con resultado de hemoglobina por debajo del valor normal y presenta edema en miembros inferiores (+) hasta el nivel de la rodilla, por indicación médica se encuentra en NPO la gestante.

Patrón 3. Eliminación

Patrón inalterado. No se evidencia datos en este patrón.

Patrón 4. Actividad - ejercicio

Patrón alterado: gestante presenta P/A 150/ 100mmhg, portando una línea invasiva de vía periférica pasando CLNA 0.9% con sulfato de magnesio a 33 gotas por minuto.

Patrón 5. Sueño - descanso

Patrón alterado. No puede descansar por las noches porque percibe mucho calor, solo duerme 4 horas.

Patrón 6. Cognitivo - perceptual

Patrón alterado. Paciente presenta dolor de cabeza hace 10 días, refiere zumbido de oído y visión borrosa.

Patrón 7. Autopercepción, autoconcepto

Patrón inalterado. No evaluable en este patrón.

Patrón 8: Rol – relaciones

Patrón inalterado. No se evidencia.

Patrón 9: Sexualidad- reproducción

Patrón alterado. Gestante 37 semanas con sintomatología de preeclampsia severa con FPP: 18 -03-2021.

Patrón 10. Adaptación - tolerancia al estrés

Patrón Alterado. Gestante refiere estar preocupada por presentar dolencias desde más de una semana.

Patrón 11. Valores, creencias

Patrón inalterado: No se evidencia datos para evaluar.

Diagnóstico

Los diagnósticos se identificaron por patrones alterados, en riesgo o en disposición de mejor vistos anteriormente en la valoración. Para trabajar los DxE se utilizó la taxonomía II de NANDA Internacional 2018-2020.

Patrón funcional 1. Percepción - manejo de la salud

(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud R/C, recursos insuficientes evidenciado por conocimiento insuficiente sobre las practicas básicas de la salud y apoyo social insuficiente.

Definición: “Incapacidad para identificar, gestionar y/o buscar ayuda para mantener el bienestar” (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 159)

Dominio 1. Promoción de la salud

Clase 2: gestión de la salud

Patrón funcional 2. Nutricional - metabólico

(00233) Sobrepeso R/C alteración de la conducta alimentaria evidenciado por su IMC en 31.7.

Definición: “Problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa anormal o excesivo para su edad y sexo” (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 186)

Dominio 2: nutrición

Clase 1: ingestión

(00026) Exceso de volumen de líquidos con problemas asociados por mecanismos regulatorios comprometidos evidenciado por la disminución de la hemoglobina, disminución del hematocrito, edema y alteración de la presión arterial.

Definición: “Aumento en el aporte y/o retención de líquidos” (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 201).

Dominio 2: nutrición

Clase 5: hidratación

Patrón funcional 4. Actividad-ejercicio

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz R/C conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problema asociado a hipertensión manifestado por edema.

Definición: “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud”. (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 201)

Dominio 4: actividad y reposo

Clase 4: respuesta cardiovascular/pulmonar

(0004) Riesgo de infección con problema asociado a procedimiento invasivo (catéter).

Definición: “Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puedan comprometer la salud”. (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 404).

Dominio 11: seguridad y protección

Clase 1: infección

Patrón funcional 5. Sueño - descanso

(00198) Trastorno del patrón del sueño R/C barreras del entorno manifestado con insatisfacción del sueño.

Definición: “Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado”.

(Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 230).

Dominio 4: actividad y reposo

Clase 1: sueño/ reposo

Patrón funcional 6. Cognitivo - perceptivo

(00132) Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos, evidenciado por conducta expresiva y auto informé de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor con puntaje de 7.

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionado por una lesión tisular real y potencial o descrita en tales términos (*International Association for the study of pin*), inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado previsible y con una duración inferior a 3 meses”. (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 468)

Dominio12: confort

Clase 1: confort físico

Patrón funcional 9. Sexualidad - reproducción

(00209) Riesgo de alteración de la diada materno – fetal manifestados por cuidados prenatales inadecuados asociado a complicaciones del embarazo (preeclampsia).

Definición: “Susceptibilidad de una alteración de la relación simbiótica materno/fetal como resultado de comorbilidad o afección, relacionada de embarazo que puede comprometer la salud del feto” (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 327).

Dominio 8: sexualidad

Clase 3: reproducción

Patrón funcional 10. Adaptación - tolerancia al estrés

(00146) Ansiedad R/C crisis situacional manifestado por su preocupación y aumento de la tensión arterial.

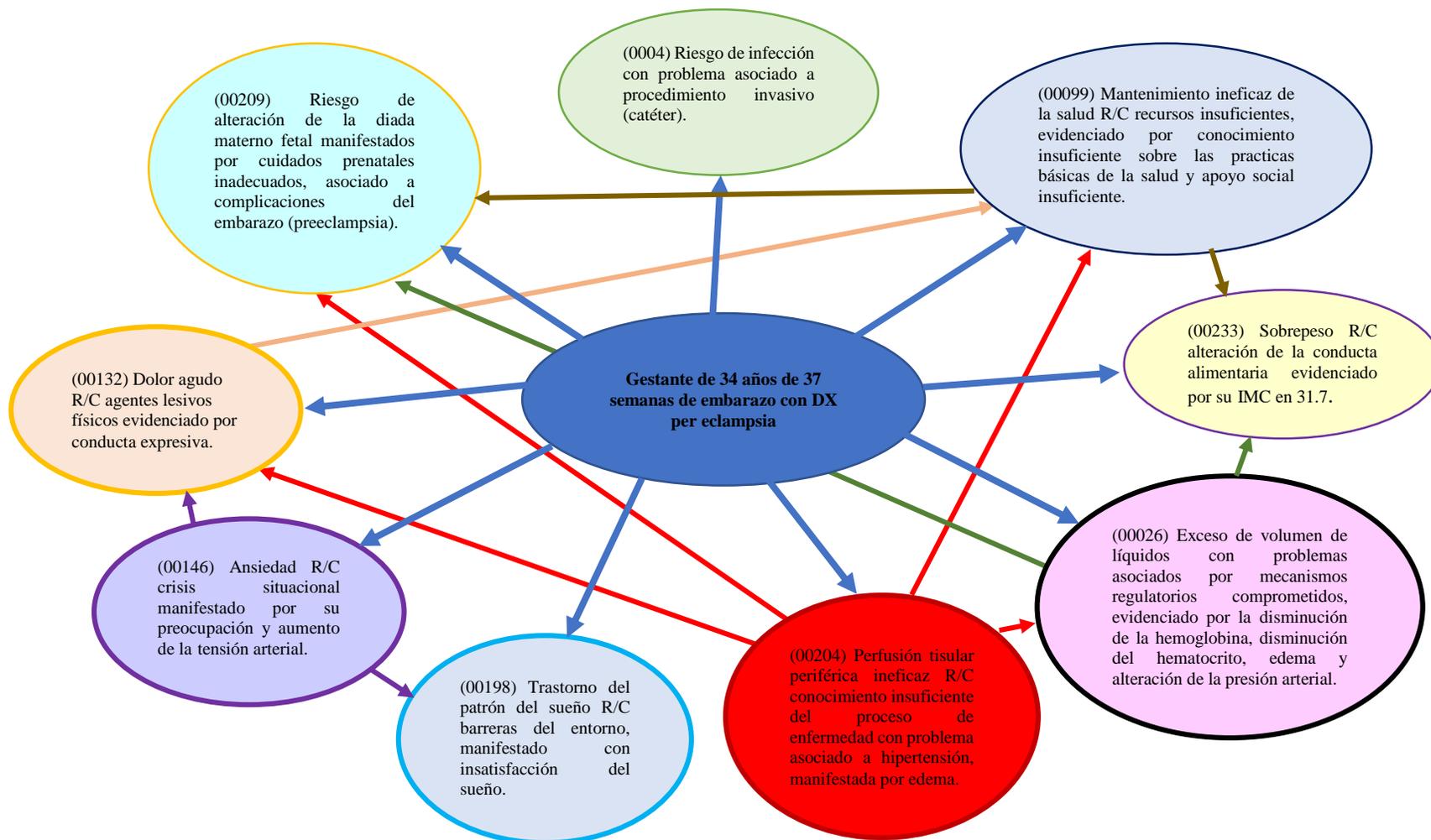
Definición: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza” (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 352).

Dominio 9: afrontamiento/tolerancia

Clase 2: ansiedad

Figura 1

Priorización de la red de razonamiento para la obtención del diagnóstico enfermero principal



Fuente: *Elaboración propia basado en el método AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999)*

Diagnóstico principal

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz R/C conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problema asociado a hipertensión, evidenciada por edema.

Definición: “Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud” (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 254).

Dominio 4: actividad y reposo

Clase 4: respuesta cardiovascular/pulmonar

Justificación del diagnóstico principal

Después de la realización de una búsqueda bibliográfica y basándose en las evidencias científicas de los siguientes artículos, se ha obtenido como diagnóstico principal:

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz R/C conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problema asociado a hipertensión, evidenciada por edema.

Según, Sánchez, (2018) menciona que es un síndrome multisistémico de severidad variable en el embarazo, caracterizada por una reducción de la perfusión sistémica generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación.

Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto y puerperio hasta las 12 semanas, se caracteriza por la hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg con o sin proteinuria, cefalea, tinnitus, edema, dolor abdominal en el epigastrio, alteraciones de la hemograma y perfil hepático.

El estudio realizado por Geeta K. Swamy (2018) menciona que el edema refleja una expansión del líquido extravascular, que esta relaciona con la lesión endotelial y la permeabilidad capilar aumentada que posibilita la difusión del líquido del espacio intravascular al extracelular; en consecuencia, se muestra un aumento del volumen total del líquido corporal,

el hematocrito también aumenta como efecto de la hipovolemia relativa y la hemoconcentración, por ello no se aconseja diuréticos. En la preeclampsia, el edema súbito se inicia después de la semana 20 de embarazo; se manifiesta en los maléolos, en los dedos de manos, pies, generalizándose después a los miembros inferiores, en el vientre y la cara, también puede producirse cuando el útero esta agrandado comprime intermitentemente la vena cava al acostarse y obstruye el flujo en ambas venas femorales.

Para concluir Yépez C, (2018), señala que la perfusión tisular periférica ineficaz en la embarazada es de gran severidad por la aparición de la hipertensión elevada y la disminución del flujo uteroplacentario, produciendo alteración de la función renal al nivel del sistema renina-angiotensina, lo que produce un vasoespasmo en los riñones, cerebro, hígado, corazón, por lo que se requiere que el personal de enfermería cumpla los cuidados oportunos basados en la valoración y diagnóstico de las mujeres en estado de gestación. Siendo una incidencia de complicaciones en el embarazo y fundamental en la atención oportuna en los controles prenatales para evitar muerte materno-perinatal.

Identificación del problema de colaboración y sus riesgos de complicación

Problema de colaboración: hipertensión gestacional

RC de hipertensión maligna

RC de convulsiones

RC de proteinuria

RC de alteraciones visuales

RC de coma

RC de insuficiencia renal

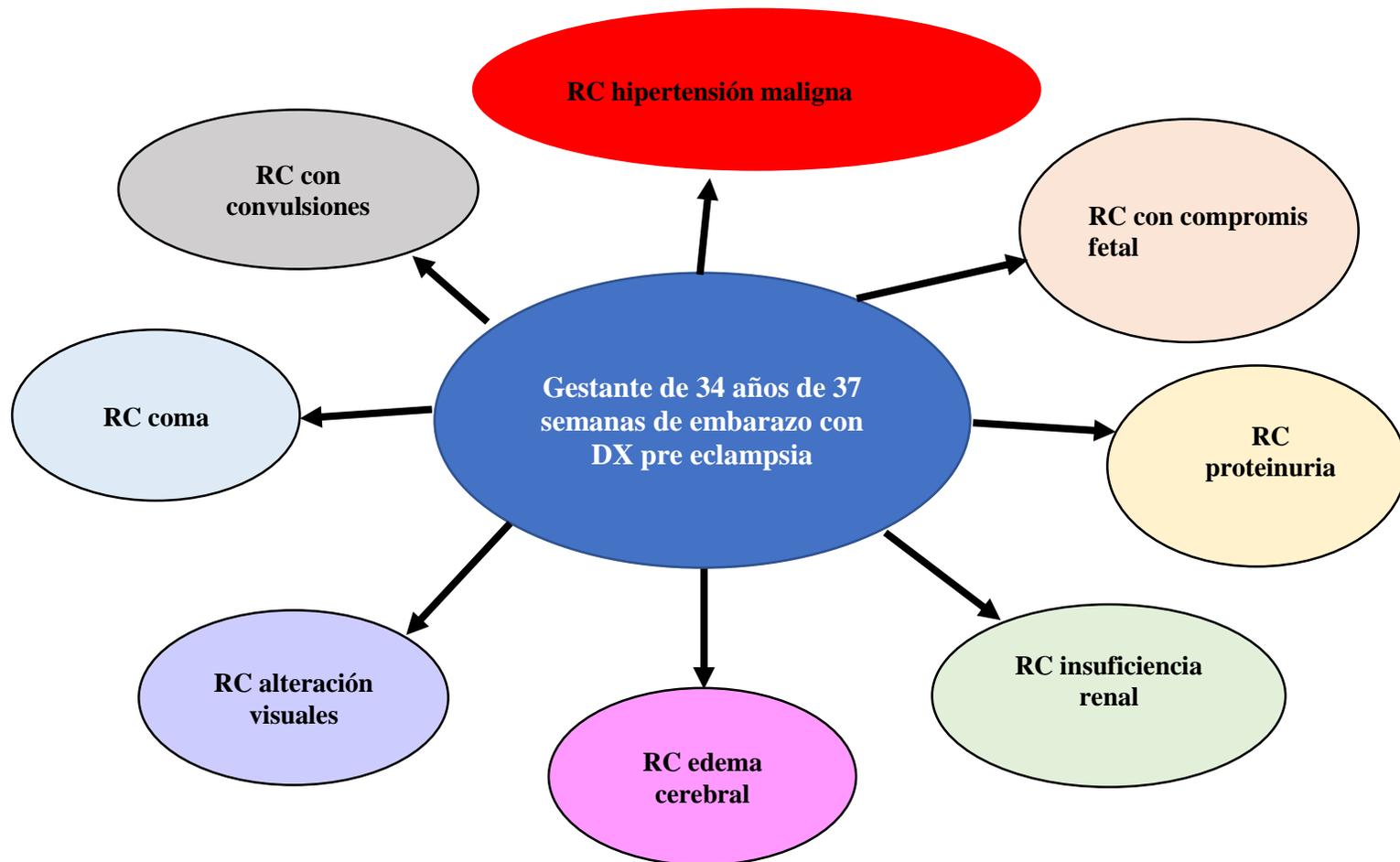
RC de edema cerebral

RC de compromiso fetal.

La priorización está basada en la red de razonamiento clínico del modelo AREA (Pesut y Herman 1999). Donde hemos identificado como riesgo de complicación principal hipertensión maligna, ya que tiene relación con los demás RC asociado a través de las fechas y a continuación presentamos:

Figura 2

Priorización de la red de razonamiento para el riesgo de complicación



Fuente: *Elaboración propia basado en el método AREA (Análisis del resultado del estado actúa l)(Pesut & Herman, 1999*

Identificación del riesgo de complicación principal

Hipertensión maligna

Definición

Es la presión arterial muy alta que aparece de manera repentina y rápida, puede ocurrir problemas renales hipertensión inducida por el embarazo. (Sharma, Mathews, & Newton , 2021)

Justificación del RC principal

La hipertensión maligna produce lesiones arteriales como arterioesclerosis hiperplásica, engrosamiento músculo-mucoso de la íntima y necrosis fibrinoide, anemia hemolítica y coagulación intravascular.

Según, Tango (2020), refiere que en la gestante con hipertensión maligna incrementa un alto riesgo de sufrir convulsiones, con signos y síntomas de severidad, alteración en los exámenes sanguíneos, dolores de cabeza, cambios en la visión, dolor abdominal y complicación fetal, como desprendimiento prematuro de la placenta, parto prematuro que conlleva complicaciones en el bebé, accidente cerebrovascular y mortalidad neonatal.

Además, Lara (2020) en general nos dice, las convulsiones no controladas durante el embarazo pueden provocar disminución de la frecuencia cardíaca fetal, menor oxigenación del feto, lesión fetal, separación prematura de la placenta del útero o aborto espontáneo; sin embargo, en la actualidad se considera que las convulsiones son una manifestación de una preeclampsia grave.

Al valorar la complicación, si persiste la hipertensión maligna conduce al daño renal que puede llevar a la insuficiencia renal, daño cerebral (accidente cerebrovascular, convulsiones), daño cardíaco, lo que incluye ataque cardíaco, angina (dolor torácico debido al estrechamiento de los vasos sanguíneos o el debilitamiento del miocardio); además de perturbaciones del ritmo cardíaco, ceguera permanente y líquido en los pulmones.

Para concluir, mencionamos en cuanto al diagnóstico de la gestante debemos incidir en las medidas de prevención y enseñarle a reconocer los signos de alarma, evitar complicaciones y la muerte materno-perinatal.

Planificación

Planificación del diagnóstico enfermero principal (Dx. E. p)

Para solucionar el problema del Dx. principal se realizó un plan de cuidados considerando resultados e intervenciones específicas a las necesidades de la paciente. Se utilizó los manuales de resultados NOC (Moorhead et al., 2019) y de intervenciones NIC (Butcher et al., 2018). Siendo el Dx. E principal:

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problema asociado a hipertensión, evidenciada por edema.

Definición: “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud” (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 254).

Dominio 4: actividad y reposo

Clase 4: respuesta cardiovascular/pulmonar

Resultados NOC del diagnóstico enfermero principal

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente utilizando códigos de cuatro dígitos y en los indicadores seis dígitos. Para el Dx. E.p (00204) perfusión tisular periférica ineficaz, le corresponde los siguiente NOC:

(0401) Estado circulatorio

(0407) Perfusión tisular: periférica

(0802) Signos vitales

(0600) Equilibrio electrolítico y ácido base

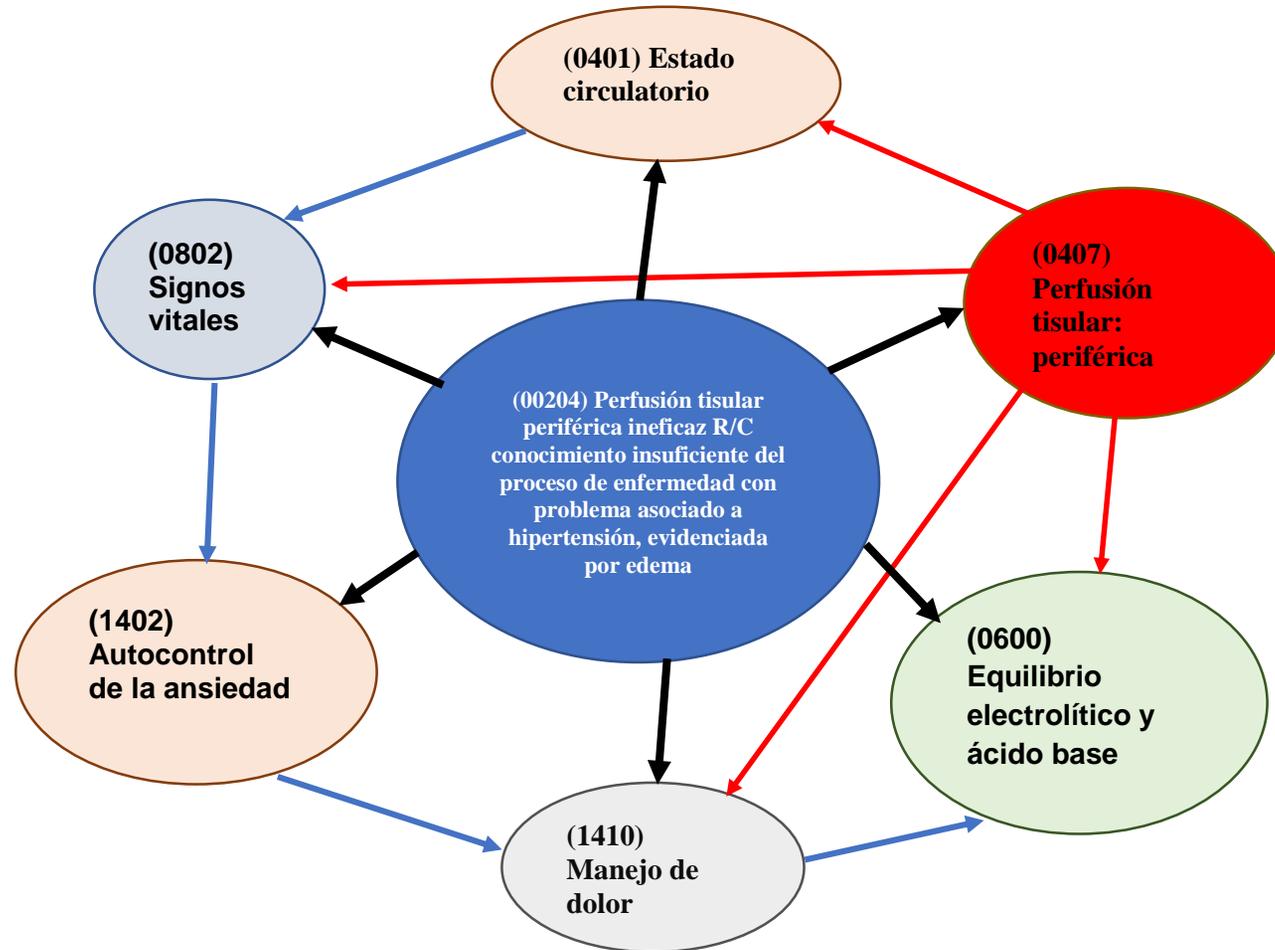
(1605) Control del dolor

(1402) Autocontrol de la ansiedad.

Priorización del NOC del diagnóstico principal

Figura 3

Priorización del NOC del Dx. E principal mediante la red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA.



Fuente: *Elaboración basada en el modelo AREA (Análisis del resultado actual) (Pesut & Herman, 1999).*

Justificación del NOC principal del Dx. E principal.

En la gestante es fundamental el manejo de la perfusión tisular periférica, siendo uno de los parámetros más importantes para estimar el estado de la microcirculación, el aporte de sangre y oxígeno a los tejidos, evitando el daño materno fetal; también alteraciones vasculares, riesgo de morbimortalidad fetal por la disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario, que puede causar vasoespasmo, restricción del crecimiento, hipoxia y desprendimiento de placenta. (Lara, 2020).

(0407) Perfusión tisular: periférica

Definición. “Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular” (Moorhead et al. 2019, p.483)

Dominio II: salud fisiológica

Clase E: cardiopulmonar

Tabla 1

Puntuación del NOC principal para el DX. enfermero principal

Fuente: *Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar Autell*

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo (horas)
(0407) Perfusión tisular: periférica	2	5	2 horas

Escala Likert: 1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno

2017

Tabla 2

Puntuación de los indicadores del NOC principal según escala Likert

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diaria	Tiempo (horas)
(040727) Presión sanguínea sistólica	2	5	2
(040728) Presión sanguínea diastólica	2	5	2
(040715) Llenado capilar de los dedos de las manos	3	5	2
(040712) Edema periférico (M.I)	2	5	2
(040743) Palidez	2	5	2

Escala Likert: 1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno

Fuente: *Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar Autell*

2017.

Intervenciones (NIC) del DX.E. principal

(6680) Monitorización de los signos vitales

Definición: “Recojo y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones”. (Butcher et.al., 2018, pág. 341).

Campo 4: seguridad

Clase 5: control de riesgos

Actividades:

(668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.

(668002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.

(668003) Monitorizar la presión arterial después que la paciente tome las medicaciones.

(668004) Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.

(4162) Manejo de la hipertensión.

Definición: “Prevenir y trata los niveles de presión arterial más alto de lo normal”.
(Butcher et. al., 2018, pág. 275).

Campo: (2) fisiológico complejo

Clase: (N) control de la perfusión tisular

Actividades:

(416201) Medir la presión arterial (P/A) para determinar la presencia de hipertensión.

(416202) Monitorizar a la paciente para detectar el riesgo de signos y síntomas de crisis hipertensiva.

(416203) Controlar los signos vitales como frecuencia cardiaca, respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y análisis de sangre para identificar precozmente las complicaciones.

(416204) Vigilar a la gestante para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita.

(416205) Instruir a la gestante sobre las posibles causas de la hipertensión.

(2300) Administración de medicación

Definición: “Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación”.

Campo 2 fisiológico: complejo

Clase H: control de fármacos

Actividades:

(230001) Seguir las cinco reglas de medicación y administración correcta.

(230002) Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergia de la paciente.

(230003) Comprobar posibles compatibilidades entre fármacos y las soluciones.

(230004) Administrar la medicación I.V a la velocidad adecuada.

(230005) Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.

(2080) Manejo de líquidos/ electrolitos

Definición: “Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos (Butcher et. al., 2018, pág. 298).

Campo 2: fisiológico complejo

Clase 2 (N): control de la perfusión tisular

Actividades:

(208001) Mantener un ritmo adecuado de infusión I.V, transfusión de sangre o enteral, sobre todo si no está regulada por una bomba.

(208002) Llevar un registro del balance hídrico.

(208003) Controlar la respuesta de la paciente a la terapia de electrolitos prescrita.

(208004) Obtener muestras para análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda.

(208005) Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (hematocrito, BUN, albumina, proteínas totales, osmolaridad sérica, y gravedad específica de la orina).

(208006) Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.

(208007) Pesar a diario y valorar la evolución.

(5820) *Disminución de la ansiedad*

Definición: “Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto (Butcher et. al., 2018, pág. 163).

Campo 3: conductual

Clase T: fomento de la comodidad psicológica

Actividades:

(582001) Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

(582002) Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

(582003) Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

(582004) Crear un ambiente que facilite la confianza.

(582005) Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.

(1410) Manejo del dolor

Definición: “Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para la paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos, traumatismo, cirugía o lesión”. NIC (Butcher et. al., 2018, pág. 306).

Campo1: fisiológica básica

Clase 2 (E): fomento de la comodidad física

Actividades:

(141001) Preguntar a la paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarla apropiadamente, intentando mantenerla en un nivel igual o inferior.

(141002) Asegurar que reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.

(141003) Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya: localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.

(141004) Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.

(141005) Notificar al médico si las medidas de control de dolor no tienen éxito.

Debido a la situación que se encuentra la gestante se ha logrado estabilizar hemo dinámicamente, evitando el compromiso fetal, se efectuara su intervención quirúrgica oportuna y finalmente, con el plan de cuidados de continuidad que se ejecutara en SOP logrando así el mayor beneficio posible materno.

Planificación del Riesgo de Complicación Principal (RC) Hipertensión maligna

NOC

Para determinar los cambios en el estado de la paciente, luego de las intervenciones se utilizó el clasificador de medición de resultados en salud, a través de objetivos NOC (Moorhead et. al., 2019) y para mejorar la calidad de vida de la paciente se hizo uso de las intervenciones NIC. (Butcher et. al., 2018).

Resultado NOC del riesgo de complicación principal

La taxonomía NOC responde a los resultados que deseamos conseguir en la paciente, se utiliza códigos de 4 dígitos e indicadores de 6 dígitos.

(1822) Conocimiento: salud materna en la preconcepción

(0401) Estado circulatorio.

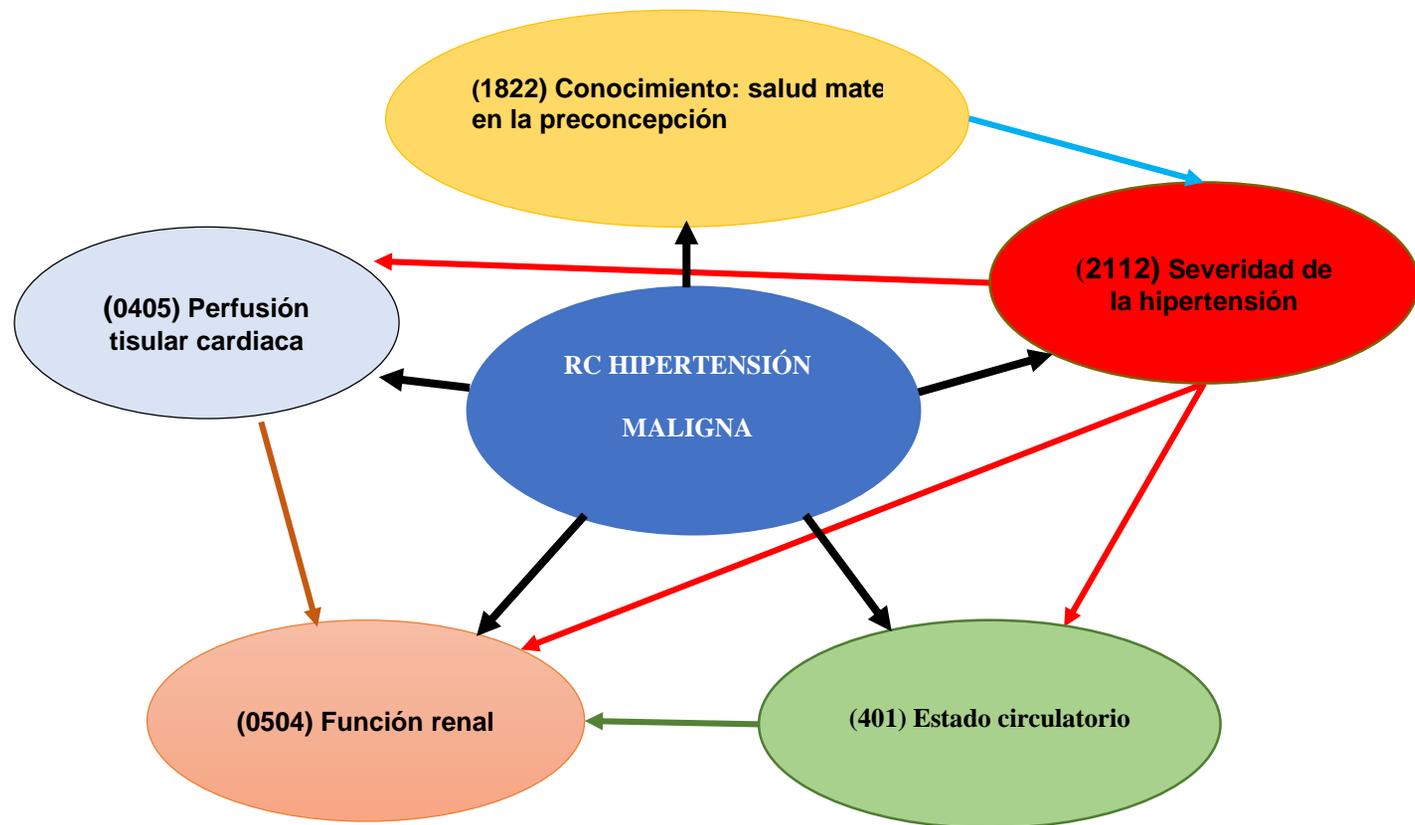
(0405) Perfusión tisular cardiaca

(2112) Severidad de la hipertensión

(0504) Función renal

Figura 1

Priorización del NOC principal del RC principal mediante red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA



Fuente: *Elaboración basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999).*

Justificación del NOC principal del RC principal

La severidad de la hipertensión maligna en el embarazo es variable, depende de la presión arterial alta y/o afectación de los órganos diana después de las 20 semanas y su asociación con factores de riesgo como obesidad, dieta inadecuada y hábitos sedentarios que de no ser atendido por el especialista y de forma oportuna, podría provocar complicaciones materno fetal y el desarrollo de problemas crónicos.

Se concluye que la hipertensión maligna en el embarazo es un problema de salud comunitaria que se puede controlar a través de la detección oportuna, la concientización y educación en estilo de vida saludable durante los controles prenatales, los que deben llevarse periódicamente y las fechas indicadas.

NOC priorizado del RC hipertensión maligna

(2112) Severidad de la hipertensión

Definición: “Gravedad de los signos y síntomas por la presión arterial crónica”. (Moorhead, Swanson, Johnson , & L. Maas, 2019, pág. 554).

Dominio: IV salud percibida

Clase: sintomatología (V)

Como se puede observar en la red de razonamiento, nuestro NOC principal del riesgo de complicación es severidad de la hipertensión, el cual está relacionado con (0401) estado circulatorio, (0405) perfusión tisular cardíaca, (0504) función renal, (1822) conocimiento salud materna en la preconcepción.

Tabla 3

Puntuación del NOC principal del RC hipertensión maligna según escala Likert

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana
(0407) Perfusión tisular: periférica	2	5

Escala Likert: 1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno

Fuente: *Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017).*

Tabla 4

Puntuación de los indicadores del NOC principal del RC hipertensión maligna

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo (horas)
(211207) Cefalea	3	5	2
(211212) Tinnitus	3	5	2
(211214) Convulsiones	5	5	2
(211216) Aumento de P/A sistólica.	3	5	2
(211217) Aumento de la P/A diastólica	3	5	2

Escala Likert: 1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno

Fuente: *Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017).*

NIC

Intervenciones para el riesgo de complicación principal

Por otra parte, consideramos las intervenciones en la paciente a seguir en el área de emergencia

(6200) Cuidados en la emergencia

Definición: “Realizar la evaluación y aplicar medidas terapéuticas en situaciones urgentes” (Butcher et. al., 2018, pág. 150).

Campo 4: seguridad: cuidados que apoyan contra daños

Clase (U): control en caso de crisis

Actividades:

(620001) Activar el sistema de emergencia médica.

(620002) Monitorizar signos vitales de hipertensión.

(620003) Proporcionar seguridad y apoyo emocional al paciente.

(620004) Ayudar con el tratamiento proporcionando información sobre la situación potencial.

(2680) Manejo de convulsiones.

Definición: “Cuidados del paciente durante una crisis comicial y el estado postictal” (Butcher et. al., 2018, pág. 295).

Campo 2: fisiológico complejo

Clase (I): cuidados del paciente durante una crisis comicial y el estado postictal.

Actividades:

(268001) Vigilar los signos vitales.

(268002) Mantener la vía aérea permeable.

(268003) Poner en decúbito lateral izquierdo.

(268004) Administrar la medicación prescrita, si es el caso.

(268005) Comprobar el estado neurológico.

(268006) Aplicar oxígeno, según corresponda.

(6771) Monitorización fetal electrónica: antes del parto

Definición: “Evaluación electrónica de la respuesta cardiaca fetal al movimiento, estímulos externos o contracciones uterinas durante la prueba anterior al parto” (Butcher et. al., 2018, pág. 343).

Campo 5: Familia.

Clase (W): cuidados de un nuevo bebe

Actividades:

(677101) Revisar el historial obstétrico, si estuviera disponible, para determinar los factores de riesgo obstétrico o médico referente al estado fetal que requieran la realización de pruebas previas al parto para comprobar el estado fetal.

(677102) Verificar la frecuencia cardiaca fetal y materno antes de iniciar la monitorización fetal electrónica.

(677103) Interpretar la tira de monitorización electrónica para la frecuencia cardiaca fetal variabilidad a largo plazo y presencia de aceleraciones, desaceleraciones o contracciones espontaneas.

(677104) Observar la tira de monitorización si hay presencia o ausencia de desaceleraciones tardías.

(677105) Comunicar los resultados de la prueba al médico responsable o a la matrona.

(4062) Cuidados circulatorios, insuficiencia arterial

Definición: “Mejora de la circulación arterial” (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 122).

Campo 2: fisiológico complejo: cuidados que apoyan la regulación homeostática

Clase (N): control de la perfusión tisular

Actividades:

(406201) Realizar la valoración exhaustiva de la circulación periférica edema, relleno capilar, color y temperatura.

(406202) Evaluar edemas y pulsos periféricos

(406203) Administrar antiagregantes plaquetarios según indicación.

(406204) Monitorizar el balance hídrico.

Se eligió esta última intervención, ya que el riesgo de complicación principal es la “hipertensión maligna”, mediante la intervención del manejo de la convulsión; siendo el fármaco utilizado el sulfato de magnesio por vía parenteral, ejecutado en los cuidados de emergencia; de esta manera evitar el compromiso de sufrimiento fetal. En lo referente a las actividades, también se coordinó con sala de operaciones para la intervención quirúrgica de la gestante.

Ejecución

Para aplicar las intervenciones y actividades de enfermería, se tuvo en cuenta el turno noche; para esto, se utilizó el libro de Clasificación de Intervención de Enfermería (NIC)

Tabla 5

Cronograma de intervenciones / actividades de enfermería en preeclampsia severa

Actividades	22:00	22:30	23:00	23:30	0:00	0:10
Monitorización de signos vitales	X	X	X	X	X	
Canalización de otra vía periférica	X					
Efectivizar exámenes de laboratorio y evaluación de los resultados	X	X				
Reposo en decúbito lateral izquierdo	X					
Manejo de la hipertensión	X				X	
Administración de medicación	X					
Manejo de líquidos/electrolitos	X					
Disminución de la ansiedad	X			X		
Manejo del dolor	X					
Control de LCF y movimiento fetal	X		X		X	
Control del BHE			X		X	
Vigilar signos de alarma	X		X		X	
Rasurado de la zona operatoria		X				
Transferencia a SOP.						X

Fuente: *Elaborado en base a las actividades propuestas en la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 2019.*

Evaluación

Se realizó en base a la comparación del estado de salud de la gestante inicial.

Se estableció un periodo de seguimiento en el servicio de Emergencia Gineco-Obstetricia en el turno noche; se observó cierto progreso, sin embargo, se necesitaba continuar con los

cuidados. Se evaluaron las actividades de enfermería en base a la comparación del estado de salud de la paciente y la efectividad de los resultados planificados.

Evaluación del Resultado del Dx. E. principal

Tabla 6

Puntuación del NOC principal para el DX. Enfermería principal

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo (horas)
(0407) Perfusión tisular: periférica	2	5	3	2
Escala Likert: 1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno				

Fuente: *Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017).*

Se han realizado las intervenciones logrando la puntuación diana propuesta, siendo la puntuación inicial de 2 tras un período de 2 horas de permanencia en el servicio de Emergencia. Se logró alcanzar una puntuación de 3 según la escala de Likert, llegando a disminuir paulatinamente la presión arterial de la gestante.

Tabla 7

Puntuación de los indicadores del diagnóstico principal

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo (horas)
(040727) Presión sanguínea sistólica.	2	5	3	2
(040728) Presión sanguínea diastólica	2	5	3	2
(040715) Llenado capilar de los dedos de las manos.	3	5	3	2
(040712) Edema periférico (M.I)	2	5	2	2
(040743) Palidez	2	5	2	2
Escala Likert: 1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno				

Fuente: *Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017).*

Analizando los resultados obtenidos se observa lo siguiente:

En relación con los indicadores en la tabla 7, representa el (040727) en la presión sanguínea sistólica y (040728); referente a la presión sanguínea diastólica podemos afirmar que la primigesta inicio con una puntuación de 2, en un periodo de 2 horas en el servicio de Emergencia, llegando a una puntuación alcanzada de 3 con el monitoreo constante y el tratamiento indicado, evitándose alteraciones materno fetal.

En lo referente (040715) al llenado capilar de los dedos de la mano en la gestante primigesta se evaluó la puntuación de inicio 3, en un periodo de 2 horas en el servicio de Emergencia, continuando su puntuación inicial la gestante.

En referencia (040712) sobre el edema periférico en el miembro inferior podemos evaluar que la paciente gestante inicio con una puntuación de 2, en un periodo de 2 horas en el servicio de Emergencia, manteniendo la puntuación inicial, registrado en el balance hídrico estricto y sin signos de retención de líquidos.

Así mismo, el indicador (040743) de palidez, se inició con una puntuación de 2, en un periodo de 2 horas en el servicio de Emergencia, continuando con la misma puntuación inicial, ya que la hemoglobina se encuentra por debajo de los parámetros normales del valor referencial 12.00-16.00gr/dl, efectivizando un paquete globular intra SOP.

La paciente primigesta ingreso al servicio de Emergencia presentando cefalea, tinnitus, hipertensión elevada y edema en los miembros inferiores, con la atención del equipo multidisciplinario y las actividades de enfermería, se logra estabilizar a la gestante y al feto, para ser referida a sala de operaciones.

Evaluación del resultado del riesgo de complicación principal

Tabla 8*Puntuación del NOC principal del RC principal*

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo (horas)
(2112) Severidad de la hipertensión	2	5	3	2

Escala Likert: 1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno

Fuente: *Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017).*

Tabla*Puntuación de los indicadores del NOC principal del RC principal*

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diaria	Puntuación Alcanzada	Tiempo (horas)
(211207) Cefalea	2	5	5	2
(211212) Tinnitus	2	5	5	2
(211214) Convulsiones	5	5	5	2
(211216) Aumento de P/A sistólica.	2	5	5	2
(211217) Aumento de la P/A diastólica	2	5	5	2

Fuente: *Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017.)*

Analizando los resultados obtenidos

En relación con el indicador (211207) cefalea, la gestante ingresa al servicio de Emergencia por un periodo de dos horas con una puntuación inicial de 2, llegando luego a una puntuación alcanzada de 5.

Con respecto (211212) tinnitus, se evaluó a la paciente con una puntuación de inicio 2, en un periodo de 2 horas en el servicio de Emergencia, más tarde llegando a la puntuación alcanzada 5.

Acerca (211214) de convulsiones en la gestante primigesta, se valora una puntuación inicial de 5, en un periodo de 2 horas en el servicio de Emergencia, continuando su puntuación inicial.

En cuanto (211216) al aumento de P/A sistólica la gestante ingresa con una puntuación de 2, en un lapso de 2 horas en el servicio de Emergencia, la paciente logra alcanzar la puntuación de 5.

Para finalizar (211217) el aumento de la P/A diastólica en la gestante primeriza, la puntuación es de 2, durante su estadía en la Emergencia.

Discusión

La paciente del presente estudio ingresó al servicio de Emergencia Gineco Obstetricia, por presentar cefalea intensa con P/A 150/100mm Hg, con diagnóstico médico: preeclampsia severa y RC de hipertensión maligna como consecuencia del trastorno en el tercer trimestre de embarazo; por la que, se encuentra en la Unidad de Emergencia para su atención oportuna para evitar daños.

Después de la revisión bibliográfica se han obtenido numerosos estudios que muestran los cuidados de enfermería fundamental con sus cuidados integrales y de calidad que explican cómo evitar las enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y las renales; motivo por el cual los pacientes son hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivo (Yépez, 2018).

La valoración de enfermería es un papel fundamental en los controles prenatales, que enfrentamos cada día nuevos retos para brindar cuidados integrales con diagnósticos oportunos, con la finalidad de poder disminuir los porcentajes de morbilidad y mortalidad del binomio materno-fetales y la enorme inversión económica que representa para el sector salud en todo el mundo. (Ocoruro, 2018).

La gestante es emocionalmente lábil, por lo que, necesita de un trato humanizado y que se sienta satisfecha en su atención por un equipo multidisciplinario calificado de profesionales de la salud. Así mismo, consideramos a la familia de la gestante como otro componente principal en

la atención holística que se brinda, y la intervención de enfermería que debe estar dirigida a la pareja y familia, quienes también se encuentran involucrados de manera directa en el problema de salud de la gestante para contribuir en la mejoría. (OMS, 2019).

Las intervenciones de enfermería se basan en las teorías del cuidado maternal de Ramona Mercer y Dorotea Orem (Morales Jimena & Sigcho Silvia 2020) del autocuidado, dirigidas al abordaje de los requisitos del desarrollo en los períodos de embarazo, así como también contribuir a la promoción de la salud y prevención de complicación para realizar el rol maternal, estrategias de valoración y el cuidado de nuestra gestante, en el parto y post parto, en relación existente entre ambas teóricas, la situación de la gestante que se observó tras el diagnóstico de la preeclampsia severa que suele presentarse después de las 20 semanas de embarazo con posibles complicaciones materno – fetal, así intervenir en el tratamiento oportuno.

Sustentado en Neri (2016), la perfusión tisular periférica ineficaz se presenta como consecuencia de una alteración en la hipertensión arterial, en el cual el profesional de enfermería participa en el tratamiento oportuno, evitando que se produzca lesiones vasculares maternas, como el compromiso hepático y daño renal.

El RC hipertensión maligna podría presentarse con alto riesgo de sufrir convulsiones y el riesgo de compromiso fetal (Tango, 2020). En este sentido, las acciones de enfermería juegan un rol muy importante al estar dirigidas a la prevención de dicho problema materno perinatal.

Lara (2020). La hipertensión maligna, tras leer en varias literaturas sobre este gran riesgo de complicación, observamos que es un problema repentino de la presión arterial después de la semana 20 de embarazo, cuya finalidad es contribuir en la reducción de la morbilidad materna

con el único objetivo de establecer criterios técnicos para la prevención, el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva,

Guevara (2020) presenta que en el Instituto Nacional Materno Perinatal representa el 43%, la mortalidad materna, siendo un problema de salud pública.

Para concluir, como profesionales especialistas de la salud tenemos la responsabilidad delicada de hacer una buena valoración y evitar que se presenten algunos riesgos de complicación en la gestante; puntualizando que con los cuidados que se le proporcionó al binomio materno-fetal en la Unidad de Emergencia Ginecoobstetricia, se observó una evolución progresiva con la preparación para ser referida a sala de operaciones.

Limitaciones

Las limitaciones encontradas en el desarrollo del caso de estudio, en la gestante con preeclampsia severa, fueron el tiempo limitado para el monitoreo y los cuidados a quien solo se atendió durante el turno noche en el servicio de Emergencia, luego fue referida a sala de operaciones.

Así mismo, por la situación de la pandemia COVID 19 el personal de salud fue limitado, pues, los permisos para el ingreso y continuidad de los cuidados.

También las condiciones para el acceso de información por parte de la familia fueron limitadas, puesto que no se admitieron visitas.

Precisamente el aislamiento social, por pandemia COVID 19, limitó a los familiares con el cuidado de la paciente.

Igualmente, por motivos de distancia, considerando que la paciente fue de Chincha la accesibilidad fue limitada para las visitas de los familiares.

Conclusiones

El cuidado de enfermería, en la práctica clínica, es de suma importancia al aplicar el proceso de atención que fortalece la autonomía de la enfermera en el cuidado de la paciente con preeclampsia severa; ya que el profesional especialista de Ginecoobstetricia brinda los estándares de calidad.

En cuanto a los factores de riesgos de la paciente con preeclampsia severa, la enfermera especialista en Gineco obstetricia logra identificar de manera propicia y oportuna este riesgo, ejecutando sus intervenciones con el tratamiento expectante, según el protocolo establecido por la institución para evitar riesgos de complicaciones.

Se estableció los cuidados de enfermería en la paciente haciendo uso de la perfusión tisular periférica con la finalidad de proteger la diada materno fetal para asegurar la oxigenación de ambos y evitar daños irreversibles.

Se brindó los cuidados oportunos y las medidas preventivas en la gestante con preeclampsia severa con el fin de prevenir potenciales complicaciones como la convulsión, evitando la eclampsia, el síndrome de Hellp o la muerte materno perinatal.

El proceso del cuidado de enfermería constituye una herramienta básica y primordial en el cuidado del paciente, mediante este plan de cuidados se logró alcanzar los objetivos propuestos priorizando el diagnóstico enfermero principal para brindar un cuidado oportuno y de calidad, siendo referida a SOP para la intervención oportuna y mejorar el estado de salud materno- fetal.

Referencias Bibliográficas

- Alisson S., Bryant, MD, MPH; Alison G. Cahill, MD, MSCI; Jeffrey A. Kuller, MD; Judette M. Louis, MD, MPH; and Mark A. Turrentine, MD. (2021) Low-Dose Aspirin Use for the Prevention of Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality.
- Anderson, C., & Schemella, M. J. (Noviembre de 2017). Enfoque actuales de la gestion de enfermeria. *America Journalnof nursing*, 177(11), 30-38.
- Bejarano Saraguro, D. L., & Alarcon Villamar , D. E. (2018). Intervenciones de Enfermeria en gestante con Preeclampsia. *Trabajo de Titulacion de Grado Previo a la obtencion del titulo de Licenciatura en Enfermaria*. universidad estatal de Mliagro, Ecuador.
- Bravo Astudillo, A. V., & Diaz Castillo, A. P. (2020). *Cuidados de enfermeria en Pacientes con Preeclampsia en el Sistema de Salud Ecuatoriano*. Universidad Estatal de Milagro , Ecuador.
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermeria* (Septima ed.). (ELSEVIER, Ed.) Barcelona, España.
- Cipirán, L. O. (2021). Unidad Técnica de Vigilancia Epidemiológica de ITS, MMN, IAAS – Centro. *Boletín Epidemiológico del Perú SE 39 -2021 (del 26 de setiembre al 2 de octubre del 2021)*.
- Cortés Fernández & Armario P. (2020) Hipertensión arterial maligna (HTAM) con disfunción sistólica grave de ventrículo izquierdo reversible.
- Correa Martelo , V. (AGOSTO de 2017). *Perfusion Tisular*. Bogota, Colombia.
- Chapell L., Cluver C., Tong S. (2021). *Preclampsia*.
- Encalada Rodriguez, L. (2021). *fisiopatologia y Tratamiento de la Preeclampsia*. Titulacion de grado de Licenciada, Universidad Central del ecuador, Quito.

Flores-Loayza, R.-L.-C.-L. (2017). PREECLAMPSIA Y SUS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO. *Revista de Facultad Humana Ricardo Palma*, 92.

Franco Lopez, K. M. (2019). *Factores de riesgo asociados a preeclampsia en mujeres de edad fértil en el servicio de ginecología del Hospital Daniel A. Carrion*. Universidad Ricardo Palma, Lima.

Gaona Castillo, J. A. (2021). Manejo de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia: Revisión Sistemática. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*, IV (3).

<https://revistamedica.com/manejo-enfermeria-preeclampsia/>

García, C., Flores, M. d., Gómez, V., Gordillo, A., & García, C. (2014). Proceso de Enfermería en pacientes de postcesárea: Un reto para el sector salud Mexiquense. *Revista Horizonte*, 29-36.

Geeta K. Swamy, M. D. (agosto de 2018). *MANUAL MSD*. Obtenido de MANUAL MSD : <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/edema-en-los-miembros-inferiores-en-la-segunda-mitad-del-embarazo>

Guevara Rios , E., Sanchez Gongora , A., & Zevallos Espinoza, K. (2020). *Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental*. Boletín Epidemiológico N°2, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima. Obtenido de www.inmp.gob.pe

Haro Hernández, María del Rosario (2017) Proceso de atención de enfermería aplicada en perfusión periférica tisular periférica ineficaz relacionada con hipertensión, manifestada por cefalea.

- Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2020). *Diagnosticos Enfermeros Definicion y Clasificacion* (Undécima ed.). Barcelona, España: ELSEVIER.
- Heredia, H. C. (2019). *Resolucion Directoral*. Lima.
- Herrera Sanchez, K. (Mrazo de 2018). Preeclampsia. *Revista Medica Sinergia*, Vol.3 Num:3, 8-12.
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/issue/view/33/MARZO%202018>
- Lacunza Paredes, R., & Santis Moya, F. (2017). Sulfato de Magnesio y el Cerebro en la Preeclampsia. *Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia*.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000200012
- M. Arigita Lastra & Martinez Fernandez (2020). Síndrome HELLP: controversias y pronóstico
- Macas Chunchu, R. L. (2017). *Complicaciones y secuelas de los Trastornos Hipertensivos en la Madre el Feto y el Recien Nacido*. Tesis, Universidad Tecnica de Machala, Machala.
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/10242>
- Mendoza Majuan, s. (2019). *Factores de alto riesgo materno asociados a preeclampsia en gestantes en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Rezola de Cañete*. Universidad Ricardo Palma.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson , M., & L. Maas, M. (2019). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 6ta ed. Medición de resultados en salud*. España: Elsevier .
- Morales Guaraca Jimena Alexandra & Sigcho Japón Silvia Alexandra (2020) Teoría de Dorothea Orem aplicada al cuidado durante el embarazo.
- Naranjo, M., & Manju, P. (2020). StatPearls Publishing LLC. En *Hipertension Maligna*. EE.UU.
Obtenido de <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Natalia Carvalho Borges, B. C. (Octubre de 2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*(48), 354-363.

doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>

Neri Garcia, P. E. (2016). *Proceso Enfermero Individualizado a paciente Preeclampsia con datos de severidad*. Universidad Autonoma de San Luis Potosi, Mexico.

<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4567/TESINA%20PE%20a%20paciente%20preecla%CC%81mptica%20con%20datos%20de%20severidad.pdf?sequence=1>

Ocoruro B, R. R. (2018). *Atencion de Enfermeria en Pacientes con Hipertension Arterial en la unidad Cuidados Intensivos*. Segunda Especialidad de enfermeria, Universidad Nacional del Altiplano , puno.

<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/9607>

Pereira Calvo, J., Pereira Rodriguez , Y., & Quiros Figueroa, L. (2020). ACTUALIZACION DE PREECLAMPSIA. *Revista Médica Sinergia*.

Pérez del Valle K., Gaitán Tocora Germán y Hernández Sevillano B. (2019) Protocolo diagnóstico y tratamiento de la crisis hipertensivas.

Phipps A, E., Thadhani Ravi, Benzing , T., & Karumanchi S, A. (2020).

Preeclampsia:patogenia,nuevos diagnosticos y terapias. *PubMed Central*.

Rodriguez Benitez, M. (2020). Guías NICE 2019 sobre tratamiento de los trastornos

hipertensivos del embarazo. La visión del nefrólogo. *ARTÍCULO DE ALTO IMPACTO EN NEFROLOGÍA, NefroPlus n 2020 n Vol. 12 n N.º 1, 17*.

Salazar Molina , A., & Valenzuela Suazo, S. (2009). Teoria de OREM aplicada a Intervenciones durante Embarazo y Climaterio. *Revista Brasileña de Enfermagen*.

Sanchez Torrejon, M. D. (2016). *Directiva del cuidado Integral del Paciente de HTA en Essalud*.
Lima.

https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003396_pdf.

Sebastian J. Klein, Georg F. Lehner, Lui G. Forni and Michael Joannidis (2018) Oliguria in critically ill patients: a narrative review.

Sharma, K., Mathews, E. P., & Newton, F. (octubre de 2021). Emergencias Hipertensivas.
American Journal of nursing, 121, 24-35.

Tango, I. (2019). Hipertension Maligna. *MedlinePlus*. Obtenido de
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000491.htm>

Yopez C, D. S. (2018). *Rol de Enfermeria en la Atencion de Gestante con Preeclampsia*.
Universidad de Guayaquil, Ecuador.

Apéndice

Apéndice A. Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA - PACIENTE GINECO-OBTÉTRICA

DATOS DE FILIACION	DATOS DE HOSPITALIZACION
Nombre del usuario: CH.G.H Dirección: Jr. Sebastián Barranca 724 - Chinchá Edad: 34 años Religión: católica Grado de instrucción: secundaria completa Ocupación: ama de casa Fuente de Información: paciente (X) Familiar/amigo (-)	HCL: 1159447 Cuenta: Privada Seguro: Essalud Procedencia: Consultorio externo () Emergencia (x) SOP () Referida de: hospital de Chinchá Forma de llegada: caminando () camilla (x) silla de ruedas () Motivo de ingreso: cefalea, tinnitus y escotomas. Dx. médico: preeclampsia severa Fecha de valoración: 27-02-21
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	
PATRÓN PERCEPCIÓN/CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: HTA () DM () Abortos () Gastritis/úlceras () TBC () Asma () VIH () VDRL () Otros: Ninguno. Cirugías: No (X) Sí () Alergias y otras reacciones: Fármacos: ___ No ___ Alimentos: No ___ Signos-síntomas: Cefalea hace 10 días. Factores de riesgo: Consumo: tabaco No (X) Sí () Alcohol No (X) Sí () Drogas No (X) Sí () Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis Sulfato ferroso 1 tab. diario 27-02-21 Estado de higiene Buena (X) Regular () Mala () ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? No. Donde acude cuando se enferma: Hospital chinchá y clínica ¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad? "Deseo que mi bebe se encuentre bien y me calme mi dolor de cabeza"	Fórmula Obstétrica: G 1 P0000 EG:37 semanas. N° CPN: 3control FUR: 11-06-20 FPP: 18 - 03-21 Mamas: sensibles(X) No sensible(-) blanda(X) duras(-) secretantes(-) no secretantes (X) masa dura (-) abceso (-) curación (-) vendaje (-) Pezones: Formados (-) planos (-) invertidos (X) agrietados (-) Útero: Gravido (-) No gravido (-) contraído (-) no contraído (X) Altura Uterina: 34 cm. Dinámica uterina: Presente Tono: normal Intensidad: + Genitales: normal(x) edema (+) hematoma (-) otros: Secreción vaginal: blanco(x) amarillo () verde() maloliente () Volumen sangrado vaginal: ninguna Tapón vaginal: Si () No (X) N° de gases: no presenta Pérdida líquido amniótico: NO cant: cero colores: ninguno olor: ninguno Loquios: No cant: No color: ninguno olor: ninguno Movimientos Fetales: Si (X) No () LCF: 143 x' Observación:
SEGURIDAD PROTECCIÓN/ LESIÓN FÍSICA	PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO
Herida: No Evaluable Ubicación: Protegida con apósito: limpios() secos() manchados() húmedos() Sin signos de flogosis () con signos de flogosis() con bordes equimóticos() Con dren: tubular () laminar() Infectada: No() Sí()	Peso: 79KG Talla: 1.59CM IMC: 31.7 SOBREPESO T: 36.6°C Glucosa: 89mg/dl Hb: 9.7gr/dl AGA: NO Piel y mucosa: sonrosado (-) pálida(X) cianótica (-) ictericia (-) Tibia (X) caliente (-) fría (-) Hidratada (X) deshidratada (-) seca(-) turgente(X) edematosa (-) hemorragia (-) calambre (-) diaforesis (-) sobrehidratación (-) sed (-) sudoración (-) Integridad: Intacta (X) Lesiones (-) Observación: Nutrición: ingesta líquidos: 2 Litros 24 hr / alimentos: más carbohidratos. Vía de administración: oral () enteral() SNG() ostomía() parenteral() periférico (X) Apetito: Norma I(X) Disminuido() Aumentado() Tipo de dieta: N.P.O Cavidad bucal: dentadura: completa (X) incompleta (-) prótesis(-) Dificultad para deglutir: Si (-) No (X) náuseas(-) Pirosis(-) Vómitos(-) Estado de higiene bucal: Mala () Regular () Buena(X) Cambio de peso durante los últimos días: Si (X) No() Obesidad: (-) Bajo peso:(-) Especificar: 16 kilos subió de peso sobrepeso(X) Abdomen: blando (X) depresible(X) distendido(-) timpánico(-) globuloso(-) doloroso(-)
PATRÓN DE RELACIONES – ROL	PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO
Ocupación: Ama de casa Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente(X) Divorciada() ¿Con quién vive? Sola () Con su familia() Otros: Esposo Fuentes de apoyo: Familiar (X) Amigos() Otros _____ Conflicto/violencia familiar: Si () No (X) Intento/suicidio Sí () No (X) cuando: _____	ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR: 16 X' Respiración: superficial(X) profunda () Disnea: En reposo() Al ejercicio() Se cansa con facilidad: no(X) sí () Tos: seca() productiva() expectoración: Reflejo de la tos: presente () ausente(x) disminuido () secreciones: no() sí () características: _____ O2: No (X) Sí () Modo: _____ l/min _____ ACTIVIDAD CIRCULATORIA Pulso periférico: _____ P°A°: _____ sin alteración: _____ Hipotensión () hipertensión() taquicardia() bradicardia() extremidades frías() entumecimiento() sensibilidad de miembros() arritmias() dolor precordial() marcapaso() Edema: No Sí Localización: _____ +() ++() +++() Presencia de líneas invasivas: Cateter periférico: _____
PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO	PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS
ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR: 16 X' Respiración: superficial(X) profunda () Disnea: En reposo() Al ejercicio() Se cansa con facilidad: no(X) sí () Tos: seca() productiva() expectoración: Reflejo de la tos: presente () ausente(x) disminuido () secreciones: no() sí () características: _____ O2: No (X) Sí () Modo: _____ l/min _____ ACTIVIDAD CIRCULATORIA Pulso periférico: _____ P°A°: _____ sin alteración: _____ Hipotensión () hipertensión() taquicardia() bradicardia() extremidades frías() entumecimiento() sensibilidad de miembros() arritmias() dolor precordial() marcapaso() Edema: No Sí Localización: _____ +() ++() +++() Presencia de líneas invasivas: Cateter periférico: _____	Estado emocional: tranquila (-) ansiosa(X) negativa(-) temerosa (x) irritable (-) indiferente(-) depresiva (-) Preocupaciones principales/comentarios: _____ Por su malestar desde hace 10 días, zumbido de oído y su temor de su bebe como se encontrará.

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				PATRÓN DE ELIMINACIÓN																										
1= Independiente 3= Totalmente dependiente 2= Parcialmente dependiente				Hábitos intestinales Nº de deposiciones/día: 1 vez Normal (x) Estreñimiento(-) Diarrea (-) Incontinencia(-)																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Movilización en cama</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deambula</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ir al baño/bañarse</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tomar alimentos</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					1	2	3	Movilización en cama	x			Deambula	x			Ir al baño/bañarse	x			Tomar alimentos	x			Vestirse	x			Hábitos vesicales Frecuencia: 8 veces ___ / día Polaquiuria (-) Disuria(-) Nicturia(-) Proteinuria: negativo Albumina en orina: ninguna Otros: _____ Comentarios adicionales: se realiza la toma de análisis de orina y pendiente resultado para evaluar en hospitalización.		
	1	2	3																											
Movilización en cama	x																													
Deambula	x																													
Ir al baño/bañarse	x																													
Tomar alimentos	x																													
Vestirse	x																													
Aparatos de ayuda: ninguno(X) silla de ruedas(-) Otros: _____ Movilidad de miembros: Conservada (X) Flacidez(-) Contracturas(-) Parálisis (-) Fuerza muscular: conservada(x) disminuida(-) Comentarios adicionales:				PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO Horas de sueño: 4 horas _____ Problemas para dormir: Sí (x) No() Especificar: Presentar calor por las noches y no descansa bien. ¿Usa algún medicamento para dormir? Sí () No(X) Especificar: _____																										
PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO				PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS																										
Orientado: Tiempo(X) Espacio (X) Persona (X) Desorientada (-) confusa (-) somnolienta (-) agitada (-) convulsiona(-) estupor (-) coma(-) letárgico(-) Comunicativa (X) poco comunicativa () PUNTUACION ESCALA DE GLASGOW:15PUNTOS Oído: sin alteración(-) hipoacusia(-) acusia(-) zumbido(X) Visión: sin alteración (-) deficiente(-) ceguera(-) Escotomas(X) Alucinaciones: auditivas(-) visuales(-) olfatorias(-) táctiles(-) Alteraciones del pensamiento: demencia (-) Habla/lenguaje: ninguno Dolor: No () Sí (X) Localización: occipital Cefalea (x) Dinámica Uterina(x) Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otros: puntuación de 7 al evaluar a la paciente.				Religión: _católico. Restricciones religiosas: ninguna Solicita visita de capellán: Sí () No(x) Comentarios adicionales: ninguno																										
				Nombre del enfermero: Lic. Nancy Espiritu y Flor Heredia _____ Firma: _____ CEP: Fecha: 27-02-21 _____																										
				TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL: Preeclampsia severa se decide cesárea por emergencia. Dieta: NPO Monitorización de signos vitales (P/A) Monitoreo fetal. Ceftriaxona 2g EV Dextrosa 5% con cloruro de sodio 20% (2amp), kalium 0.9%(1amp), dextrosa 33.3% (2amp) EXAMENES AUXILIARES: Hemoglobina 9.7g/dl Valor referencial 12.00-16.00 Hematocrito 29.1% Valor referencial 37.00-47.00 Plaquetas 120k/ul Valor referencial 130.00-400.00 Perfil Hepático TGO-Transaminasa Glutam O 78.0 Valor referencial 10.00-34.00 TGP-Transaminasa Glutam P 38.0 Valor referencial 10.00-49.0																										

Apéndice B: consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Cuidados de enfermería a paciente con preeclampsia severa del servicio de Gineco Obstetricia en un hospital privado de Lima, 2021”, El objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería a paciente de iniciales HCHG. Este trabajo académico está siendo realizado por las licenciadas: Nancy Espíritu Gozar y Flor Heredia Garay, bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico asociado con este trabajo académico. Pero, como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar esta eventualidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto, antes que el informe esté finalizado sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: Nancy Espíritu Gozar y Flor Heredia Garay

DNI: 20061771

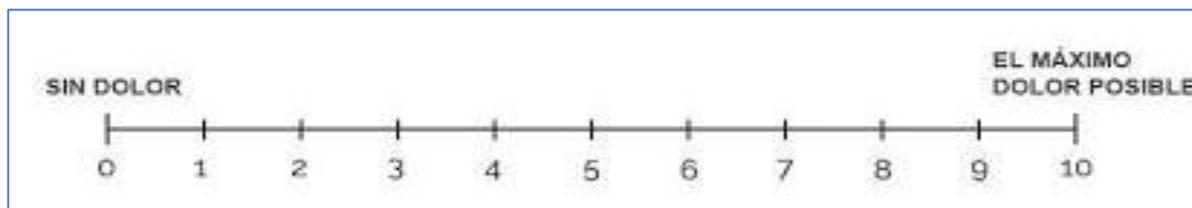
Fecha: 28-02-2021

Firma.

Apéndice C: Escalas de valoración

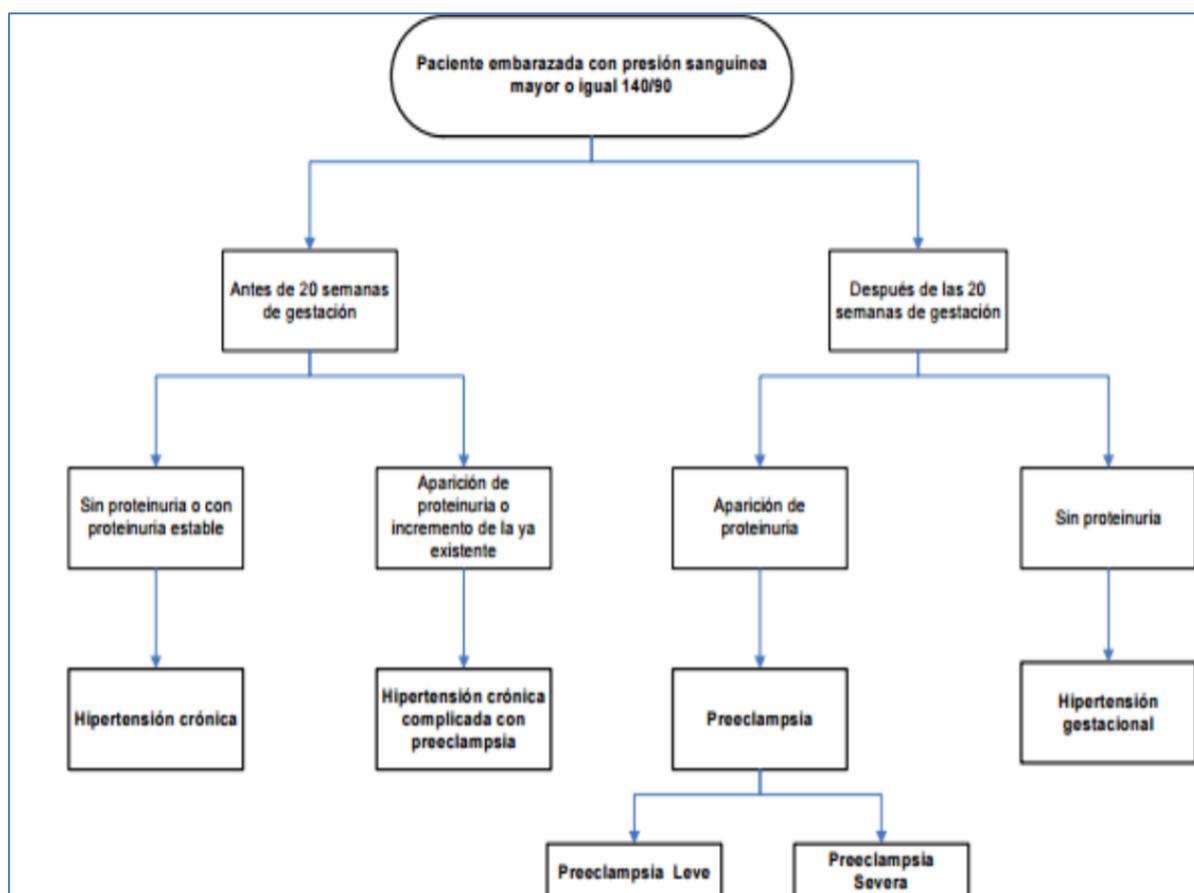
ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala de intensidad de tu dolor



Fuente: Escala de Eva del dolor, Cilef medical 2019.

Clasificación y definición de la hipertensión



PREECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA TRATAMIENTO

Fuente: Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo, elaborado por Heredia y

Espíritu N. (2021)

Objetivo: Prevenir accidentes vascular cerebral (sin comprometer el flujo utero- placentario)

Medicamento	Dosis
labetalol	50mg cada 6 hrs
metildopa	250mg cada 12 hrs.
nifedipino	10-20mg cada 6 -8hrs.
hidrazalina	10mg cada 6 hrs

Fuente: *Tratamiento de la preclamsia hipertensivas del embarazo, elaborado por: Heredia y Espíritu.*

Apéndice D: Modelo AREA

Marco

Reflexión profesional. Los resultados planificados de la gestante se realizaron con el rol y las intervenciones de enfermería realizadas en el tiempo establecido, alcanzando el objetivo marcado mediante un adecuado manejo de la hipertensión y un correcto asesoramiento, nuestra gestante ha mejorado paulatinamente hasta llevarle a SOP para su cesárea. Como también hemos conseguido que no presente complicación materno perinatal; por lo que, nuestro plan de cuidados de intervención ha sido con éxito y seguir el proceso de atención en SOP.

VALORACION

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud

Gestante primigesta con 37 semanas por ecografía con diagnóstico médico preeclampsia severa, referida de hospital de Chincha, presenta controles prenatales incompletos, sin psicoprofilaxis por la pandemia COVID 19; no tiene información suficiente acerca de su embarazo, portando vía periférica permeable en el miembro superior izquierdo con fármaco prescrito CLNA 0.9% más sulfato de magnesio a 33 gotas por minuto. Se efectiviza Exámenes complementarios:
Hemoglobina 9.7g/dl
Hematocrito 29.1%
Plaquetas 120k/ul
Perfil Hepático:
TGO 78.0 TGP38.0

Patrón 2: Nutricional-metabólico Gestante con peso 79kg, Talla: 1.58 con un IMC 31.7 en sobrepeso, con palidez facial, con resultado de hemoglobina por debajo del valor normal y presenta edema en miembros inferiores (+) hasta el nivel de la rodilla, por indicación médica se encuentra en NPO la gestante.

Patrón 3: Eliminación
Patrón inalterado no evaluable.

Patrón 4: Actividad-ejercicio
Gestante presenta P/A 150/ 100mmhg, portando una línea invasiva de vía periférica pasando CLNA 0.9% con sulfato de magnesio a 33 gotas por min.

Patrón 5: Sueño descanso
No puede descansar por las noches porque percibe mucho calor, solo duerme 4 horas.

Patrón 6: Cognitivo-perceptual
Paciente presenta dolor de cabeza hace 10 días, refiere zumbido de oído y visión borrosa.

Patrón 7: Auto percepción
Autoconcepto no evaluable.

Patrón 8: Rol - relaciones
Patrón inalterado no evaluable.

Patrón 9: Sexualidad- reproducción Gestante 37 semanas con sintomatología de preeclampsia severa con FPP: 18 -03-2021.

Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés. Gestante refiere estar preocupada por presentar dolencias desde más de una semana.

Patrón 11: Valores Creencias No evaluable.

Dx Enfermería

-Mantenimiento ineficaz de la salud R/C recursos insuficientes evidenciado por conocimiento insuficiente sobre las prácticas básicas de la salud y apoyo social insuficiente.

-Sobrepeso R/C alteración de la conducta alimentaria evidenciado por su IMC en 31.7

-Exceso de volumen de líquidos con problemas asociados por mecanismos regulatorios comprometidos evidenciado por la disminución de la hemoglobina, disminución del hematocrito, edema y alteración de la presión arterial.

-Perfusión tisular periférica ineficaz R/C conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problema asociado a hipertensión manifestado por edema.

-Riesgo de infección con problema asociado a procedimiento invasivo (catéter).

-Trastorno del patrón del sueño R/C barreras del entorno manifestado con insatisfacción del sueño.

-Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos evidenciado por conducta expresiva y auto informé de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor con puntaje de 7.

-Riesgo de alteración de la diada materno - fetal asociado cuidados prenatales inadecuados y a complicaciones del embarazo (preeclampsia).

-Ansiedad R/C crisis situacional manifestado por su preocupación y

Plan de cuidados

NOCP		Estándar de normalidad
(040727) Presión sanguínea sistólica.	2	5
(040728) Presión sanguínea diastólica	2	5
(040715) Llenado capilar de los dedos de las manos	3	5
(040712) Edema periférico (M.I)	2	5

Intervenciones (NIC) del DX.E. principal.

(6680) Monitorización de los signos vitales.

Actividades:

(668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.

(668002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.

(668003) Monitorizar la presión arterial después que la paciente tome las medicaciones.

(668004) Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.

(4162) Manejo de la hipertensión.

Actividades:

(416201) Medir la presión arterial (P/A) para determinar la presencia de hipertensión.

(416202) Monitorizar a la paciente para detectar el riesgo de signos y síntomas de crisis hipertensiva.

(416203) Controlar los signos vitales como frecuencia cardiaca, respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y análisis de sangre, para identificar precozmente las complicaciones.

(416204) Vigilar a la gestante para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita.

(416205) Instruir a la gestante sobre las posibles causas de la hipertensión.

(2300) Administración de medicación.

(230001) Seguir las cinco reglas de administración correcta de medicación.

(230002) Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergia de la paciente.

(230003) Comprobar posibles compatibilidades entre fármacos y de las soluciones.

(230004) Administrar la medicación I.V a la velocidad adecuada.

(230005) Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.

NOCPp	PI	PD	T	PA-evaluación
(040727) Presión sanguínea sistólica.	2	5	2hr	3
(040728) Presión sanguínea diastólica	2	5	2hr	3
(040715) Llenado capilar de los dedos de las manos	3	5	2hr	3
(040712) Edema periférico (M.I)	2	5	2hr	2
(040743) Palidez	2	5	2hr	3

Escala Likert

1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno

(2080) Manejo de líquidos/ electrolitos

Actividades:

(208001) Mantener un ritmo adecuado de infusión I.V, transfusión de sangre o enteral, sobre todo si no está regulada por una bomba.

(208002) Llevar un registro del balance hídrico.

(208003) Controlar la respuesta de la paciente a la terapia de electrolitos prescrita.

(208004) Obtener muestras para análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio) según corresponda.

(208005) Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (hematocrito, BUN, albumina, proteínas totales, osmolaridad sérica, y gravedad específica de la orina).

(208006) Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.

(208007) Pesar a diario y valorar la evolución.

(5820) Disminución de la ansiedad.

Actividades:

(582001) Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

(582002) Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

(582003) Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

(582004) Crear un ambiente que facilite la confianza.

(582005) Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.

(1410) Manejo del dolor

Actividades:

(141001) Preguntar a la paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarla apropiadamente, intentando mantenerla en un nivel igual o inferior.

(141002) Asegurar que reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.

(141003) Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya: localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.

(141004) Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.

(141005) Notificar al médico si las medidas de control de dolor no tienen éxito. Debido a la situación que se encuentra la gestante se ha logrado estabilizar hemodinámicamente, evitando el compromiso fetal, se efectuara su intervención quirúrgica oportuna y finalmente, con el plan de cuidados de continuidad que se ejecutara en SOP logrando así el mayor beneficio posible materno.

Apéndice E. Modelo bifocal

Apéndice 5. Modelo BIFOCAL

Marco

VALORACION

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud. Gestante primigesta con 37 semanas por ecografía con diagnóstico médico preeclampsia severa, referida de hospital de Chincha presenta controles prenatales incompletos, sin psicoprofilaxis por la pandemia COVID 19, no tiene información suficiente acerca de su embarazo, portando vía periférica permeable en el miembro superior izquierdo con fármaco prescrito CLNA 0.9% más sulfato de magnesio a 33 gotas por minuto. Se efectiviza Exámenes complementarios: Hemoglobina 9.7g/dl Hematocrito 29.1% Plaquetas 120k/uL Perfil Hepático: TGO 78.0 TGP38.0

Patrón 2: Nutricional-metabólico Gestante con peso 79kg. Talla: 1.58 con un IMC 31.7 en sobrepeso, con palidez facial, con resultado de hemoglobina por debajo del valor normal y presenta edema en miembros inferiores (+) hasta el nivel de la rodilla, por indicación médica se encuentra en NPO la gestante.

Patrón 3: Eliminación Patrón inalterado no evaluable.

Patrón 4: Actividad-Ejercicio Gestante presenta P/A 150/100mmhg, portando una línea invasiva de vía periférica pasando CLNA 0.9% con sulfato de magnesio a 33 gotas por min.

Patrón 5: Sueño descanso No puede descansar por las noches porque percibe mucho calor, solo duerme 4 horas.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptual Paciente presenta dolor de cabeza hace 10 días, refiere zumbido de oído y visión borrosa.

Patrón 7: Autoconcepción Autoconcepción no evaluable.

Patrón 8: Rol - Relaciones Patrón inalterado no evaluable.

Patrón 9: Sexualidad Reproducción Gestante 37 semanas con sintomatología de preeclampsia severa con FPP: 18-03-2021.

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés. Gestante refiere estar preocupada por presentar dolencias desde más de una semana.

Patrón 11: Valores Creencias No evaluable.

Dx enfermería

-Mantenimiento ineficaz de la salud R/C recursos insuficientes evidenciado por conocimiento insuficiente sobre las prácticas básicas de la salud y apoyo social insuficiente.
-Sobrepeso R/C alteración de la conducta alimentaria evidenciado por su IMC en 31.7
-Exceso de volumen de líquidos con problemas asociados por mecanismos regulatorios comprometidos evidenciado por la disminución de la hemoglobina, disminución del hematocrito, edema y alteración de la presión arterial.

-Perfusión tisular periférica ineficaz R/C conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problema asociado a hipertensión manifestado por edema.

-Riesgo de infección con problema asociado a Procedimiento invasivo (catéter).
-Trastorno del patrón del sueño R/C barreras del entorno manifestado con insatisfacción del sueño.

-Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos evidenciado por conducta expresiva y autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor con puntaje de 7.

-Riesgo de alteración de la diada materno - fetal asociado cuidados prenatales inadecuados y a complicaciones del embarazo (preeclampsia).

-Ansiedad R/C crisis situacional manifestado por su preocupación y aumento de la tensión arterial.

PC: Hipertensión gestacional.
RC de hipertensión maligna.
RC de convulsiones.
RC de proteinurias.
RC de alteraciones visuales.
RC de coma.
RC de insuficiencia renal.
RC de edema cerebral.
RC de compromiso fetal

Reflexión profesional: Los resultados del rol de enfermería de la gestante han sido conseguidos según las intervenciones de enfermería realizadas en el tiempo establecido alcanzando el objetivo marcado en la emergencia. Mediante un adecuado manejo de la hipertensión y un correcto asesoramiento, nuestra gestante ha mejorado paulatinamente hasta su transferencia a SOP para su cesárea, nuestro rol de cuidados de intervención ha sido con éxito y seguir el proceso de atención en SOP.

Planificación NOCp (DxEp)	PI	PD	T	PA evaluación	Planificación NOCp (RCp)	PI	PD	T	PA evaluación
(040727) Presión sanguínea sistólica.	2	5	2hr	3	(2112079) Cefalea	2	5	2hr	5
(040728) Presión sanguínea diastólica	2	5	2hr	3	(211212) Tinnitus	2	5	2hr	5
(040715) Llenado capilar de los dedos de las manos	3	5	2hr	3	(211214) Convulsiones	5	5	2hr	5
(040712) Edema periférico (M.I)	2	5	2hr	2	(211216) Aumento de P/A sistólica	2	5	2hr	5
(040743) Palidez	2	5	2hr	2	(211217) Aumento de P/A diastólica.	2	5	2hr	5
Escala Likert	1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno				Escala Likert	1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno			

NICs para NOCp (DxEp):

(8880) Monitorización de los signos vitales.
Actividades:
(888001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.
(888002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
(888003) Monitorizar la presión arterial después que la paciente tome las medicaciones.
(888004) Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.
(4182) Manejo de la hipertensión.
Actividades:
(418201) Medir la presión arterial (PIA) para determinar la presencia de hipertensión.
(418202) Monitorizar a la paciente para detectar el riesgo de signos y síntomas de crisis hipertensiva.
(418203) Controlar los signos vitales como frecuencia cardíaca, respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y análisis de sangre, para identificar precozmente las complicaciones.
(418204) Vigilar a la gestante para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita.
(418205) Instruir a la gestante sobre las posibles causas de la hipertensión.
(2300) Administración de medicación.
(230001) Seguir las cinco reglas de administración correcta de medicación.
(230002) Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergia de la paciente.
(230003) Comprobar posibles compatibilidades entre fármacos y de las soluciones.
(230004) Administrar la medicación I.V a la velocidad adecuada.
(230005) Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.
(2680) Manejo de líquidos/electrolitos
Actividades:
(268001) Mantener un ritmo adecuado de infusión I.V, transfusión de sangre o enteral, sobre todo si no está regulada por una bomba.
(268002) Llevar un registro del balance hídrico.
(268003) Controlar la respuesta de la paciente a la terapia de electrolitos prescrita.
(268004) Obtener muestras para análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio) según corresponda.
(268005) Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (hematocrito, BUN, albumina, proteínas totales, osmolalidad sérica, y gravedad específica de la orina).
(268006) Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.
(268007) Pesarse a diario y valorar la evolución.
(6820) Diminución de la ansiedad
Actividades:
(682001) Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
(682002) Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
(682003) Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
(682004) Crear un ambiente que facilite la confianza.
(682005) Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
(1410) Manejo del dolor
Actividades:
(141001) Preguntar a la paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarla apropiadamente, intentando mantenerla en un nivel igual o inferior.
(141002) Asegurar que reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.
(141003) Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, apatión, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
(141004) Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.
(141005) Notificar al médico si las medidas de control de dolor no tienen efecto.
Debido a la situación que se encuentra la gestante se ha logrado estabilizar hemodinámicamente, evitando el compromiso fetal, se efectuara su intervención quirúrgica oportuna y finalmente, con el plan de cuidados de continuidad que se ejecutara en SOP logrando así el mayor beneficio posible materno.

NICs para NOCp (RCp)

(6200) Cuidados en la emergencia
Actividades:
(620001) Activar el sistema de emergencia médica.
(620002) Monitorizar signos vitales de hipertensión.
(620003) Proporcionar seguridad y apoyo emocional al paciente.
(620004) Ayudar con el tratamiento proporcionando información sobre la situación potencial.
(2680) Manejo de convulsiones
Actividades:
(268001) Vigilar los signos vitales.
(268002) Mantener la vía aérea permeable.
(268003) Poner en decúbito lateral izquierdo.
(268004) Administrar la medicación prescrita, si es el caso.
(268005) Comprobar el estado neurológico.
(268006) Aplicar oxígeno, según corresponda.
(6771) Monitorización fetal electrónica: antes del parto
Actividades:
(677101) Revisar el historial obstétrico, si estuviera disponible, para determinar los factores de riesgo obstétrico o médico referente al estado fetal que requieran la realización de pruebas previas al parto para comprobar el estado fetal.
(677102) Verificar la frecuencia cardíaca fetal y materno antes de iniciar la monitorización fetal electrónica.
(677103) Interpretar la tira de monitorización electrónica para la frecuencia cardíaca fetal variabilidad a largo plazo y presencia de aceleraciones, desaceleraciones o contracciones espontáneas.
(677104) Observar la tira de monitorización si hay presencia o ausencia de desaceleraciones tardías.
(677105) Comunicar los resultados de la prueba al médico responsable o a la matrona.